

## 共同受注窓口認定申請書

平成 年 月 日

名古屋市長 様

申請者 所在地 〒

法人名

フリガナ  
代表者氏名

印

代表者生年月日

下記のとおり共同受注窓口の認定を受けたいので、名古屋市による障害者就労施設等からの物品等の調達推進を図るための方針実施要綱第5条の2の規定により申請します。  
なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないこと誓約します。

| 共同する<br>事業所 | 法人名   | 事業所名 | 事業所所在地 | 連絡先        |
|-------------|-------|------|--------|------------|
|             |       |      |        | TEL<br>FAX |
|             |       |      |        | TEL<br>FAX |
|             |       |      |        | TEL<br>FAX |
| 取扱い物<br>品等  | 品名・役務 |      | 内容     |            |
|             |       |      |        |            |
|             |       |      |        |            |
|             |       |      |        |            |

(注) 以下の1～5までの書類を添付してください。

1. 共同受注窓口設立の経緯（設立時期を含む）
2. 共同する事業所であることを確認できる書類（協定書、規約等）
3. 定款、寄附行為（個人事業主は除く）
4. 役員一覧（個人事業主は除く）
5. 業務内容及び直近の活動実績

(担当者名: )

(担当電話番号:( ) - )

(担当FAX番号:( ) - )