様式第２号（第３条関係）

**優先調達対象者登録申請書**

　　年　　月　　日

さいたま市長　様

申請者　所在地　〒

　　　　名　称

　　代表者　　　　　　　　　　　　　印

代表者生年月日

　下記のとおり優先調達対象者の登録を受けたいので、さいたま市障害者就労施設等からの物品等の優先調達に関する要綱第５条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を誓約します。

記

１　概　要

|  |
| --- |
| (１)　障害者支援施設等種別（該当番号を○で囲む。） |
|  | ア　障害者雇用促進法第７４条の２第３項第１号に規定する在宅就業障害者イ　障害者雇用促進法第７４条の３第１項に規定する在宅就業支援団体 |
| (２)　施設名 |  |
| (３)　所在地（住所） |  |
| (４)　代表者名 |  |
| (５)　担当者名 |  |
| (６)　電話番号 |  |
| (７)　FAX番号 |  |
| (８)　ｅ-Mail |  |
| (９)　業者番号 |  |

２　優先調達を希望する物品

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 営業種目ｺｰﾄﾞ | 営業種目名 | 希望する商品 | 登録・免許又は許可等 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

３．優先調達を希望する役務

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務ｺｰﾄﾞ | 業務名 | 希望する業務内容 | 登録・免許又は許可等 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

　※登録に関する具体的な商品名及び業務名は、２種類までです。

（担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（担当電話番号：（　　　）　　－　　　　　　　　）

 （担当FAX番号：（　　　）　　－　　　　　　　　）

（注）さいたま市障害者就労施設等からの物品等の優先調達に関する要綱第３条第１項の規定に該当しないときは、登録をしません。また、登録後にその旨が判明したときは、登録を取り消すことがあります。

上記事由を確認する必要がある場合には、申請書に記載されている情報を埼玉県警察本部に照会することがあります。