

年 月 日

周南市多胎児家庭子育て支援事業登録申請書

(宛先) 周南市長

申請者 所在地
(事業所名) 名称
代表者

㊟

事業所	フリガナ		
	名称		
	所在地	(郵便番号 -)	
	担当者名 (役職)		電話 FAX Email
派遣可能地域	<input type="checkbox"/> 中央部 (関門、中央、遠石、岐山、今宿、桜木、周陽、秋月、大津島) <input type="checkbox"/> 西部 (菊川、富田東、富田西、福川、和田、夜市、戸田、湯野) <input type="checkbox"/> 東部 (櫛浜、鼓南、久米、大河内、高水、三丘、勝間、八代) <input type="checkbox"/> 北部 (向道、長穂、須々万、中須、須金、鹿野) <input type="checkbox"/> 上記全て対応可		
派遣可能日	<input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 土・日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 上記全て対応可		
派遣可能な従業者	氏名	資格の種類	

※免許・資格のわかる書類があれば写しを添付してください。