様式第１号（第４条関係）

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　高知市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

申請者　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

ほおっちょけん相談窓口認定申請書

ほおっちょけん相談窓口の認定を受けたいので，ほおっちょけん相談窓口認定制度実施要領第４条第１項の規定により申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 所在地 | 〒  高知市 |
| 電話及びFAX番号 | 電話：　　　　　　　　　　FAX： |
| メールアドレス |  |
| 認定要件 | （内容を確認し，□にレ点をつけること）  □　ほおっちょけん相談窓口認定制度実施要領第３条の要件を満たし，第４条第２項の要件を遵守します。 |
| 責任者氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）  ／職名 | （　　　　　　　）／ |
| 開設時間 |  |

＜留意事項＞

・高知市内に窓口を設置しようとする事業所を有する個人事業主又は法人の代表者が，窓口を設置する事業所ごとに提出すること。

・事業所の名称，所在地，電話番号，開設時間は市の広報物に掲載する。