袋井市家具等転倒防止器具取付支援事業事業者届出書

令和　　年　　月　　日

袋井市長　大場　規之　様

届出者　住所

氏名

電話

袋井市家具等転倒防止器具取付支援事業について、資格要件を満たしているため下記のとおり届出します。

　なお、事業者名・代表者名、住所などを、市ホームページや広報ふくろいに掲載し公開することを承諾します。

**１　事業者情報（すべての項目を記入）**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 事業所名・代表者名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 固定電話 |  | [ ]  公開を希望しない |
| 携帯電話 |  | [ ]  公開を希望しない |
| ファクシミリ番号 |  |
| メールアドレス |  |

**２　資格要件（ア～エで該当するいずれかにㇾ点）**

|  |  |
| --- | --- |
| ア　建築士 | [ ]  １級　　　 　 [ ]  ２級　　　　　[ ]  木造 |
| イ　建築施工管理技士 | [ ]  １級　　　　　[ ]  ２級 |
| ウ　建築大工技能士 | [ ]  １級　　　　　[ ]  ２級　　　　　[ ]  ３級 |
| エ　建築工事の実務経験を５年以上有する者 | [ ]  ５年以上 | 経　歴 |

**※添付書類**

（１）資格要件を満たす者であることが確認できる書類の写し（エは経歴を記載）

（２）委託料振込先口座情報が確認できる書類の写し（通帳の１ﾍﾟｰｼ目及び２ﾍﾟｰｼﾞ目等）