多面的機能支払交付金に係る代表者及び事務担当者届

（令和　　　年　　　月　　　日現在）

|  |  |
| --- | --- |
| 活動組織の名称 | (フリガナ) |
|  |
| 代　表　者 | 氏　名 | (フリガナ) |
|  |
| 住　所 | (〒　　　－　　　　　) |
|  |
| 電　話 |  | ＦＡＸ |  |
| 携帯電話 |  |
| 事務担当者 | 氏　名 | (フリガナ) |
|  |
| 住　所 | (〒　　　－　　　　　) |
|  |
| 電　話 |  | ＦＡＸ |  |
| 携帯電話 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 文書の送付先 | 代表者　　・　　事務担当者　　　（いずれかに○） |
| 備　　　考 |  |

**※連絡の取れる電話番号を記入してください。**

**※ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽをご記入いただいた場合、公印等の不要な文書についてはメールで対応します。**

**※当届出を提出する際には、活動組織の役員名簿を添付してください。**