

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所 指定更新申請書

年 月 日

潮来市長 様

所在地

申請者 名称及び代表者氏名

印

介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

介護保険事業所番号

申請者	フリガナ名	<input type="text"/>					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) 県 <input type="text"/> 郡市 <input type="text"/>					
		(ビルの名称等) <input type="text"/>					
	連絡先	電話番号	<input type="text"/>	FAX番号	<input type="text"/>		
	法人の種別			法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ			生年月日	
			氏名				
代表者の住所	(郵便番号 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) 県 <input type="text"/> 郡市 <input type="text"/>						
	(ビルの名称等) <input type="text"/>						
事業所	フリガナ名	<input type="text"/>					
	所在地	(郵便番号 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) 県 <input type="text"/> 郡市 <input type="text"/>					
	連絡先	電話番号	<input type="text"/>	FAX番号	<input type="text"/>		
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき						
	フリガナ名	<input type="text"/>					
	所在地	(郵便番号 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) 県 <input type="text"/> 郡市 <input type="text"/>					
	連絡先	電話番号	<input type="text"/>	FAX番号	<input type="text"/>		
管理者の氏名, 生年月日, 住所及び経歴		フリガナ			生年月日		経歴等別添のとおり
		氏名					
事業等の種類		<input type="text"/>					
現に受けている指定の有効期間満了日		<input type="text"/>					
※添付書類 様式第2号に定める必要書類							