

指定地域密着型サービス事業所
 指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定更新申請書

年 月 日

可児市長 様

申請者 所在地
 名称
 代表者職氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定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。

申請者	フリガナ 名 称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号) (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号				FAX番号	
		E m a i l					
	代表者の職名・氏名・生 年月日	職名		フリガナ 氏名		生年月日	
代表者の住所	(郵便番号) (ビルの名称等)						
事業所	フリガナ 名 称						
	所在地	(郵便番号) (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号				FAX番号	
	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 称						
所在地	(郵便番号) (ビルの名称等)						
連絡先	電話番号				FAX番号		
管理者の氏名、生年月日、住 所及び経歴	フリガナ 氏名	生年月日			住所及び 経歴	別添のとおり	
事業の種類							
現に受けている指定の有効期間満了日							
現に受けている指定の事業所番号							
誓約書						別添のとおり	
介護支援専門員の氏名及びその登録番号						別添のとおり	