

介護予防・日常生活支援総合事業事業者 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			F A X 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			F A X 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			F A X 番号			
管理者の氏名、生年月日、住所	フリガナ 氏名	生年月日		住所	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	