

指定居宅介護支援事業所 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	
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	
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	