様式第2号(第3条関係)

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

年　　月　　日

　　三豊市長　様

申請者　主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　次のとおり | 指定地域密着型サービス事業者指定地域密着型介護予防サービス事業者 | の指定の更新を受けたいので、次のとお |

|  |
| --- |
| 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 | 〒 |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | ファクシミリ番号 | 　 |
| 法人の種別及び所轄庁 | 　　種別(　　　　　　　　)・所轄庁(　　　　　　　　) |
| 代表者の役職・氏名 | 役職 | 　 | フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 代表者の住所 | 〒 |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | ファクシミリ番号 | 　 |
| サービスの種類 | 　 |
| 現に受けている指定の指定年月日 | 　 |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | 　 |
| 介護保険事業所番号 | 　 |