

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



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					