様式第５号

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者指定更新申請書**

　年　　月　　日

大曲仙北広域市町村圏組合

管理者　　　　　　　　　様

申請者　　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　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | FAX番号 |  | |
| E-mail | |  | | | | |
| 代表者の職名・  氏名・生年月日 | 職名 |  | | フリガナ | | | 生年月日 |
| 氏名 | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | |
| 事 業 所 | 事業等の種類 |  | | | | | | |
| 指定有効期間満了日 |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | 生年月日 |
| 氏名 |  | | | | | |
| 住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　）  　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | |