

指定更新申請書

年 月 日

豊山町長

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

㊞

介護保険法に規定する事業所に係る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	(郵便番号)		
		県	郡市	
	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)			
	県	郡市		
事業所	事業所の種類			
	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	
	連絡先	電話番号		FAX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)			
	県	郡市		
連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者	フリガナ			
	名称	生年月日		
	住所	(郵便番号)		
県		郡市		
(ビルの名称等)				

- 別添 1 誓約書
2 介護支援専門員の氏名及びその登録番号