

受付番号	
------	--

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者更新申請書

年 月 日

久慈広域連合長 様

申請者 所在地
 名 称
 代表者氏名

印

介護保険法に規定する事業者に係る指定の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。

事業所所在市町村番号	
------------	--

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	
	法人の種別		法人所轄庁		
	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)			
更 新 を 受 け よ う と す る 事 業 所	事業所等の所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)			
	事業の種類	介護保険 事業所番号	フリガナ 名 称	既に指定を受けている事業の 指定年月日	有効期間 満了日

備考 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。