

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者 指定更新申請書

年 月 日

久留米市長 あて

申請者 (住所)
(名称)
(代表者の職名・氏名)

印

介護保険法第115条の45の3に規定する指定事業者に係る指定更新を受けたいので、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 -)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
		Email										
	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 -)											
事業所	事業所番号											
	事業等の種類											
	指定有効期間満了日	年 月 日				年 月 日			年 月 日			
	フリガナ											
	事業所等の名称											
	事業所等の所在地	(郵便番号 -)										
	事業所等の連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ					生年月日						
	氏名											
	住所	(郵便番号 -)										
記入担当者名				記入担当者連絡先		電話			ファックス			