

第6号様式

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所

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

介護保険法に規定する事業所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。

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	事業等の種類										
	指定有効期間満了日					介護保険事業所番号					
	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				
	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 -)									
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 -)									