

指定更新申請書

年 月 日

本莊由利広域市町村圏組合 管理者 様

所在地	申請者	名 称

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。

事業所所在地市町村番号											
申請者	フリガナ 名称										
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 —) 県 郡市									
		(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・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										
	(ビルの名称等)										
事業所	フリガナ 名称										
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市									
		(ビルの名称等)									
	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									
(ビルの名称等)											
連絡先	電話番号					FAX 番号					
事業の種類											
介護保険事業所番号											
現に受けている指定の有効期間満了日											
誓約書							別添のとおり				

2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。