

受付番号	
------	--

サービス事業者指定更新申請書

年 月 日

(宛先)今治市長

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、次のとおり、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		
	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 —) (ビルの名称等)				
事業所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 —) (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 —) (ビルの名称等)					
連絡先	電話番号		FAX番号			
事業所番号					指定有効期間満了日	
指定を受けている他市町村名						
事業の種類						

備考 1 「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。