

指定更新申請書

年 月 日

琴平町長 様

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

印

- 指定地域密着型サービス事業者
- 指定地域密着型介護予防サービス事業者
- 指定居宅介護支援事業者
- 指定介護予防支援事業者

の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。なお、本申請に係る情報については、都道府県、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して提供することに同意します。

申 請 者	フリガナ 名称	-----		
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー)		
	連絡先	電話番号	F A X 番号	
		Email		
	法人の種類別		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 ー)			
事 業 所	事業等の種類			
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称	-----		
	所在地	(郵便番号 ー)		
	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	-----		
主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー)			
管 理 者	フリガナ 氏名	-----	生年月日	
	住所	(郵便番号 ー)		