

様式第2号（第3条関係）

指定居宅介護支援事業所
指定更新申請書
指定介護予防支援事業所

年 月 日

観音寺市長 宛て

申請者 名 称
代表者の職名・氏名

㊦

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。

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	
		Eメール		
	法人の種別		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
事 業 所	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)		
	指定有効期間満了日			
	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	
		Eメール		
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。				
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	
		Eメール		
管 理 者	フリガナ 氏 名	生年月日		
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)		

備考 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。