

様式第2号（第4条関係）

観音寺市介護予防・日常生活支援総合事業
指定事業所指定更新申請書

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、観音寺市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業所の指定等に関する要綱第4条の規定に基づき、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
事 業 所	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)		
	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 -) 県 郡市 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
所		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。			
	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)		
管 理 者	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。