

受付番号	
	年 月 日

あきる野市長 殿

所在地
申請者 名称
代表者 印

指定介護予防支援事業所指定更新申請書

介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所に係る指定更新を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

		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	(〒 -) (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	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 年 月 日
	代表者の住所	(〒 -)		
事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(〒 -)		
	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			
	氏名			
所在地	(〒 -)			
連絡先	電話番号		FAX番号	
現に受けている指定の有効期間満了日		年 月 日		
誓約書		別添のとおり		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号		別添のとおり		

備考

- 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には、記入しないでください。
- 別紙資料については、指定申請時の様式を参照してください。