

受付番号	
------	--

**指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定更新申請書**

年 月 日

新川地域介護保険組合・ケーブルテレビ事業組合理事長 殿
所在地
申請者
名称

印

介護保険法に規定する事業所に係る指定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。

		事業所番号				
申請者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 郡市				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	法人の種類		法人所轄庁			
	代表者の職・氏名・生年月日	職名	フリガナ			生年月日
氏名						
代表者の住所	(郵便番号 —) 県 郡市					
	(ビルの名称等)					
事業所	フリガナ 名称					
	所在地	(郵便番号 —)				
	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 —)				
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						
役員の名、生年月日及び住所			別添のとおり			
誓約書			別添のとおり			
介護支援専門員の名及びその登録番号			別添のとおり			

- 備考1 「受付番号」「事業所番号」欄には記載しないでください。
2 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。