

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)
指定更新申請書

(宛先)
輪島市長

所在地
申請者 名 称
代表者

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)の指定の更新を受けたいので、介護保険法第 78 条の 12(第 115 条の 21)において準用する同法第 70 条の 2 の規定により、次のとおり申請します。

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	TEL				FAX	
	法人の種別				法人所轄庁		
	代表者の職名・ 氏名・生年月日	フリガナ 職名	-----	フリガナ 氏名	-----	生年 月日	
	代表者の住所	(〒 -) ----- (ビルの名称等)					
事 業 所	フリガナ 名 称	-----					
	事業所の所在地	(〒 -) ----- (ビルの名称等)					
	連絡先	TEL				FAX	
	介護保険事業所番号						
	現に受けている指定有効期間満了日	年 月 日					