様式第6号(第5条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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

　かすみがうら市長

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　　　印

　　　年　　月　　日付け第　　　号により指定を受けた事業所について、次のとおり指定更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | |  |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　) | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | FAX番号 |  | | |
| E-mail | |  | | | | | | |
| 法人の種別 |  | | | | 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　　　―　　　　　) | | | | | | | | |
| (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 | | | 年　　月　　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

　1　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。