

受付番号	
------	--

指定介護予防支援事業所 指定更新申請書

年 月 日

(届出先)  
多治見市長

所在地  
事業者 名称  
代表者職氏名

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。

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		
		メールアドレス					
	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						
	所在地	(〒 - ) (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
		メールアドレス					
	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	(〒 - ) (ビルの名称等)						
連絡先	電話番号			FAX番号			
	メールアドレス						
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、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」欄は記載しないでください。  
2 対応する付表を添付してください。  
3 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。