

指定居宅サービス事業所 指定地域密着型サービス事業所 介護保険施設 指定介護予防サービス事業所 指定地域密着型介護予防サービス事業所	指定・許可更新申請書
--------------------------------------------------------------------------------	------------

年 月 日

(宛先) 大津市長

所 在 地  
 申 請 者 名 称  
 代 表 者 氏 名

介護保険法に規定する事業所又は施設に係る指定又は許可の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	(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	(郵便番号 — ) 県 郡市				
	(ビルの名称等)				
施 設 の 種 類  指 定 又 は 許 可 の 更 新 を 受 け よ う と す る 事 業 所 又 は	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 — ) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	事業等の種類				
	現に受けている指定等の有効期間満了日				
	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				
連絡先	電話番号		FAX 番号		