

大津市 長寿政策課 事業所・施設整備室 あて
(FAX: 077-526-8382)

介護サービス事業者指定等研修会受講申込書

受講希望日	令和 年 月 日
指定を受けようとするサービスの種類	
指定希望日 (事業の開始予定日)	令和 年 月 日
指定を受けようとする事業所の予定地	大津市 _____
申込者の連絡先 TEL FAX	法人名： TEL：() — FAX：() — 担当者名：
申込者(法人)が既に指定を受けている介護保険サービスの種類・名称等	サービスの種類： 事業所名： 事業者番号：

◆受講希望者

① <u>申請者(法人)の代表者</u> 受講希望者の職務・氏名	職務： (フリガナ) 氏名：
② <u>管理者</u> 受講希望者の職務・氏名	職務： 管理者 (フリガナ) 氏名：

※申請者の代表者については、既に介護保険法による事業者指定を受けている場合には、受講を省略できます。

※受講申込書については、開催日の1週間前までにメール、ファックス又は郵送で申し込み下さい。

メールの場合：otsu1489@city.otsu.lg.jp
ファックスの場合：077-526-8382
郵送の場合：〒520-8575

大津市御陵町3番1号

大津市長寿政策課 事業所・施設整備室 あて