

第9号様式(第7条関係)

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・指定居宅介護  
 支援事業所  
 指 定 更 新 申 請 書

年 月 日

匝瑳市長 あて

申請者 所在地  
 名 称  
 代表者氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定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。

記

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		ファックス
		Email		
	代表者の職名・ 氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名
代表者の住所	(郵便番号 — ) 県 郡・市			
	(ビルの名称等)			
事 業 者	事業等の種類			
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名 称			
	所 在 地	(郵便番号 — ) 県 郡・市		
		(ビルの名称等)		
	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				
主たる事務所の所在 地	(郵便番号 — ) 県 郡・市			
	(ビルの名称等)			
管 理 者	フリガナ 氏 名		生年月日	
	住 所	(郵便番号 — ) 県 郡・市		
(ビルの名称等)				