|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第７号様式（第５条関係） | 受付番号 |  |
| 指定地域密着型サービス事業所 | 指定更新申請書 |
| 指定地域密着型介護予防サービス事業所 |

　　年　　月　　日

　 大磯町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

 申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　 介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 |  |
| 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 |  |
| 代表者の職名・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) |
| 指定の更新を受けようとする事業所 | 事業等の種類 |  |
| 指定有効期限満了日 |  |
| フリガナ名　　　称 |  |
|  |
| 所　在　地 | (郵便番号　　　－　　　　)(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業所を有するとき |
| フリガナ名　　　称 |  |
|  |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　－　　　　) |
|  |
| 管理者 | 氏名及び生年月日 | フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏名 |  |
| 住　　所 | (郵便番号　　　－　　　　) |

別添　１　誓約書

　　　 ２　介護支援専門員一覧