

※受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

年 月 日

(宛先) 松山市長

住 所 (主たる事務所の所在地)
申請者
氏 名 (名称及び代表者の氏名)

印

介護保険事業所番号

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				
	法人の種類別					法人所轄庁						
代表者の職名、氏名及び生年月日	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)											
事 業 所	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 —)										
		(ビルの名称等)										
	連絡先	電話番号						FAX番号				
		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										
所	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 —)										
	(ビルの名称等)											
連絡先	電話番号						FAX番号					
管理者の氏名、住所及び生年月日	フリガナ				住所	(郵便番号 —)				生 年 月 日		
	氏 名											
事業の種類												
現に受けている指定の有効期間満了日												
今回更新する事業の指定有効期限を同一所在地において行う同種の事業の指定有効期限に合わせることに同意	<input type="checkbox"/> 同意します (次回の更新は、同種の事業と同時に行います) <input type="checkbox"/> 同意しません (次回の更新は、同種の事業と個別に行います)											

注1 ※印の欄は、記入しないでください。

- 2 「法人の種類別」の欄は、法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「公益社団法人」「一般財団法人」「公益財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」の欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 今回指定の更新の申請をしようとする事業について、指定申請時に添付する介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書（様式第1号）別紙及び当該別紙注に掲げる書類を添付してください。