様式第４号（第９条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

石岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　石岡市長　宛

所在地

事業者名称

代表者氏名

　　　　　年　　月　　日付け第　　号により指定を受けた事業所について，指定を更新したいので，次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | ０８２０５７ | |
| 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 | |  | | | | ファクシミリ番号 | |  | | |
| 法人の種別 |  | | | 法人所轄庁 | | |  | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | ファクシミリ番号 | | |  |
| 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。 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | ファクシミリ番号 | | |  |
| 現に受けている指定の  有効期間 | | | | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 役員の氏名，生年月日及び住所 | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |
| 誓約書 | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |

備考　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。