

第1号様式の3（第3条関係）

受付番号	
------	--

指 定 更 新 申 請 書

年 月 日

（宛先）江別市長

主たる事務所の所在地
 申請者 名 称
 代 表 者 氏 名 ⑩

介護保険法に規定する指定地域密着型サービス事業所、指定居宅介護支援事業所、指定地域密着型介護予防サービス事業所、指定介護予防支援事業所及び指定事業所に係る指定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。

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

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		
	法人の種別			法人所轄庁			
	代表者の職・氏名・生年月日	職名			フリガナ 氏名	生年月日	
	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			FAX番号		
管理者の氏名・生年月日・経歴	フリガナ 氏 名			生年月日	経歴 別添のとおり		
管理者の住所	(郵便番号 —) (ビルの名称等)						
事業の種類							
現に受けている指定の有効期間満了日							
役員の名、生年月日及び住所				別添のとおり			
誓約書				別添のとおり			
介護支援専門員の名及びその登録番号				別添のとおり			
介護保険事業所番号							

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。
- 別添資料は、指定申請時の様式を参照してください。