

第5号様式（第4条）

野田市指定介護予防支援事業所指定更新申請書

年 月 日

（宛先）野田市長

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名

介護保険法に規定する指定介護予防支援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	ふりがな 名 称					
	主たる事務 所の所在地	(郵便番号 )				
	連絡先	電話番号		F A X 番号		
	法人の種別			法人所轄庁		
	代表者の職、 氏名及び生 年月日	職 名	ふりがな		生年月日	
			氏 名			
代表者の住所	(郵便番号 )					
事業所	ふりがな 名 称					
	所在地	(郵便番号 )				
	連絡先	電話番号		F A X 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					
	ふりがな 名 称					
	所在地	(郵便番号 )				
連絡先	電話番号		F A X 番号			
現に受けている指定の有効期間満了日						
誓約書			別添のとおり			
介護支援専門員の氏名及びその登録番号			別添のとおり			