

受付番号	
------	--

基準該当介護予防支援事業者登録申請書

年 月 日

稚内市長 様

申請者 所在地
 名称
 代表者氏名



基準該当介護予防支援事業者として登録を受けたいので、次のとおり申請します。

事業所所在市町村番号	
------------	--

申請者	フリガナ					
	法人名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)				
		(ビルの名称等)				
		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・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 —)					
登録に係る事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 —)				
		(ビルの名称等)				
		電話番号		FAX番号		
管理者	氏名		生年月日			
	住所	(郵便番号 —)				
当該申請に係る事業の開始予定年月日			年	月	日	
地域包括支援センターの設置年月日			年	月	日	

備考

- 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種類別」欄は、社会福祉法人・医療法人・（一般・公益）社団法人・（一般・公益）財団法人・株式会社等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」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。
- 所在地の市町村が発行した指定介護予防支援事業所の指定通知書の写しを添付してください。