様式第４号（第７条関係）

指定事業者指定更新申請書

　　　　年　　月　　日

　　七尾市長

申請者　所在地

法人名

代表者職・氏名

　介護保険法の規定による指定事業者の指定の更新を受けたいので、次のとおり関係

書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所  の住所地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定更新事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の住所地（施設の開設場所） | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | |  | |
| Ｅメールアドレス | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 事業の種類 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  |  | |  |  | | |
| 現に受けている指定の  有効期間満了日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |