

受付番号	
------	--

年 月 日

（申請先）土浦市長

所在地
申請者 名称
代表者 印

土浦市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者（指定・指定更新）申請書

土浦市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の（指定・指定更新）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						
	申請者の名称						
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー)					
	連絡先	電話番号		メールアドレス 又はFAX番号			
	法人の種別						
	代表者の職名、氏名及び生年月日	職名		フリガナ		生年月日	
				氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 ー)					
指定又は再指定を受けようとする事業	事業所の名称						
	事業所の所在地	(郵便番号 ー)					
	連絡先	電話番号		メールアドレス 又はFAX番号			
	事業の種類	第1号訪問事業 ・ 第1号通所事業 基準型 ・ 緩和型					
	事業開始予定年月日	年 月 日					
	現に受けている指定の有効期間の満了年月日（指定更新を受ける場合に限る。）	年 月 日					
	同一の所在地において行う事業の種類及び名称						
介護保険事業所番号 (既に指定又は許可を受けている場合に限る。)							
指定を受けている他市町村名							
医療機関コード等							