

(様式第1号)

基準該当介護予防支援登録申出書

年 月 日

豊中市長 様

所在地

申出者

名 称

㊟

基準該当介護予防支援事業所として登録を受けたいので、下記のとおり申出します。

		事業所所在地市町村番号				
申出者	フリガナ 法人名称					
	主たる事務 所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				
		(ビルの名称等)				
		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 ー) 県 郡市					
事業所	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				
		(ビルの名称等)				
		電話番号		FAX 番号		
	管理者	氏 名		生年月日	年 月 日	
住 所		(郵便番号 ー) 県 郡市				
当該申出に係る事業の開始の予定年月日			地域包括支援センターの設置年月日			

[備考]

1. 「受付番号」欄には記載しないでください。
2. 「法人の種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記入してください。
3. 「法人所轄庁」には、申出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。
4. 所在地の市町村が発行した指定通知書の写しを添付してください。