

年 月 日

身延町長

様

(申請者)

所在地

名 称

印

代表者名

指定特定相談支援事業者指定更新申請書

指定特定相談支援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 (設置者)	フリガナ			
	名 称			
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市	
	法人である場合その種別		法人所轄庁	
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	代表者の職・氏名	職 名	フリガナ 氏 名	
	代表者の住所		(郵便番号 —) 県 郡・市	
事業所番号				
申請 する 事業 所	フリガナ			
	名 称			
	事業所の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市	
指定の有効期間の満了日				

(備考)

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、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。