

身延町長 様

(申請者)

所在地

名 称

代表者名

印

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 一) 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			F A X 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 一) 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 一) 県 郡・市			
指定の有効期間の満了日					

(備考)

- 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「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。
- 「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。