

山梨県医療型短期入所利用時夜間見守り体制支援事業 事業者登録申請書

山梨県知事 殿

年 月 日

申請者 所在地
 (設置者) 名称
 代表者

山梨県医療型短期入所利用時夜間見守り体制支援事業を行う事業者として、登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ				
	事業者の名称				
	主たる事業所の所在地	〒			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
E-Mail					
登録を受けようとする事業所	フリガナ				
	事業所の名称				
	事業所(施設)の所在地	〒			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		E-Mail			
	指定事業所番号				
指定年月日 (居宅介護/重度訪問介護)					

記入担当者	
-------	--

(備考)

複数の登録を受けようとする事業所がある場合は、その事業所数分の申請書を提出してください。