

医療型短期入所利用時送迎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

山梨県富士・東部圏域医療型短期入所利用時送迎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。
 指定を受けたことを証明する書類を添付してください。