指定の有効期間に関する申出書

年　　月　　日

桜川市長　様

申請者　所在地

名　称

代表者の職・氏名　　　　　　　　　㊞

　年　　月　　日付けで指定申請を行う下記１の事業の有効期間の終了日について、下記２の事業の指定の有効期間の終了日と同日にすることを希望します。

記

１　新規又は更新申請する指定事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| サービス種類 | 基準緩和型通所介護サービスA |

２　１指定事業所と一体的に運営する事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| サービス種類 | 基準型通所介護サービス |
| 指定の有効期間 | 　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |