**中野市地域密着型サービス事業者応募申込書**

令和 ７ 年　　月　　日

中野市長　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者名 | ㊞ |

下記の事業を実施したいので、関係書類を添えて申し込みます。

記

□　認知症対応型共同生活介護(介護予防認知症対応型共同生活介護)

□　小規模多機能型居宅介護

※　応募を希望するサービスに☑をしてください。

（書類送付先・担当者連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 所 在 地 | 〒 |
| 事業所名 |  |
| 所　　属 |  |
| 氏　　名 |  |
| 電　　話 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ |  |
| Ｅ-Ｍail |  |