

受付番号	
------	--

柳川市在宅介護支援センター（大和町地区）
運営事業者応募申請書

平成 年 月 日

柳 川 市 長 様

法人所在地
申請者 法 人 名
代表者氏名

印

柳川市において募集のあった、柳川市在宅介護支援センター（大和町地区）の設置及び運営を行う事業者として、別紙関係書類を添えて応募いたします。

申請者 (法人)	フリガナ					
	法人名					
	法人の所在地	(〒 -)				
		(ビル等の名称等)				
	連絡先	電話番号			ファックス番号	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日	
			氏名			T・S・H 年 月 日
代表者の住所	(〒 -)					
設置予定事業所	フリガナ					
	事業所名					
	事業所の所在地	(〒 -)				

担当者連絡先	担当者所属・氏名				
	電話番号			ファックス番号	