

柳川市地域密着型サービス事業応募申込書
(定期巡回・随時対応訪問介護看護)

年 月 日

柳川市長様

法人所在地

申請者

法人名

印

柳川市において、地域密着型サービス事業を実施したいので、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	(〒 ー) (ビル等の名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	代表者の職名・ 氏名・生年月日	職名		フリガナ		生年月日 T・S・H 年 月 日
	代表者の住所	(〒 ー)				
事業所	フリガナ					
	事業所名					
	事業所の所在地	(〒 ー)				
担当者連絡先	電話		FAX			
	担当者名・所属					