

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	(〒 —) (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 氏名	生年月日 T ・ S ・ H 年 月 日	
	代表者の住所	(〒 —)				
	事業所	フリガナ				
事業所名						
事業所の所在地		(〒 —)				

担当者連絡先	電話		FAX	
	担当者名・所属			