様式第３号

通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）

提供事業所登録更新申請書

　　年　　月　　日

吹田市長　宛

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　　（　　　）　　　　-

　次の事業所について、通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）提供事業所登録の更新を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 機能訓練指導員 | 職種 |  |
| 氏名 |  |