様式第３号（第６条関係）

指定有効期間短縮の申出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

海南市長様

所　在　地

事業者　　 名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

海南市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定（更新）申請にあたり、指定有効期間の短縮を下記のとおり申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | ふりがな |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 指定を受けようとする  サービスの種類 | | □　介護予防訪問介護相当サービス  　□　訪問介護サービスＡ  　□　介護予防通所介護相当サービス |
| 指定予定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 希望する指定の有効期限 | | 年　　　　月　　　　日 |