

指定有効期間短縮の申出書

年 月 日

海南市長様

事業者 所在地
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	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護相当サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護サービスA <input type="checkbox"/> 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	