令和　　年　　月　　日

（宛先）

所　沢　市　長

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

地域密着型サービス事業者公募申込書

　所沢市地域密着型サービス事業者の公募について、関係書類を添えて下記のとおり申し込みます。

記

１．申込みをする地域密着型サービス

|  |  |
| --- | --- |
| 地域密着型サービス名 | （介護予防）認知症対応型共同生活介護 |
| 施設予定地 |  |
| 日常生活圏域名 | 新設・増床予定地の日常生活圏域を選択してください。 |
| 設置の形態 | 形態を選択してください |
| 併設サービス名 | 併設サービス名を選択してください。 |

1. 添付資料

別紙「地域密着型サービス事業者公募申込書類提出一覧表」のとおり

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者名 |  | | |
| 所　属 |  | | |
| 連絡先住所 |  | | |
| 電　話 |  | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  | | |

1. 担当者連絡先

* 応募事業者である法人の担当者について、記入してください。