様式第２号（第８条関係）

年　　月　　日

沖縄市長　宛

申請者

　　　事業所(団体)名

住　所

代表者　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

介護予防がんじゅうポイント活動者受入機関（指定・指定変更）申請書

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | |
| 事業所(団体)名 | |  | | |
| 住所 | | 沖縄市 | | |
| 電話番号 |  | | FAX番号 |  |

※希望する介護予防がんじゅうポイント活動内容（複数可）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | 6 |  |
| 2 |  | 7 |  |
| 3 |  | 8 |  |
| 4 |  | 9 |  |
| 5 |  | 10 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 変更の場合のみ記入 | □　事業所名　□　住所　□　電話番号　□　その他（　　　　　　　） |
| 変更前の内容： |

|  |  |
| --- | --- |
| 受　付 | 基幹型・地域型（　　　　　）　担当： |