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：  |