

指定有効期間短縮願出書

記入例

年 月 日

座間市長 宛て

主たる事務所の所在地

座間市緑ヶ丘〇丁目〇番〇号

申請者 名称 ざまりん社会福祉法人

代表者の職・氏名

代表者 座間 太郎

印

下記の事業所について、指定の有効期限を合わせて更新を受けたいので申し出ます。

1 今回更新申請が対象の事業所（指定有効期間が満了する事業所）

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
サービスの種類	通所介護									
事業所名称	ざまりん通所介護事業所									
事業所所在地	座間市緑ヶ丘〇丁目△番〇〇号									
指定有効期間満了日	令和4年12月10日									

選択欄となっています。

2 上記事業所に合わせて更新する事業所

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス									
事業所名称	ざまりん通所介護相当サービス事業所									
事業所所在地	座間市緑ヶ丘〇丁目△番〇〇号									
指定有効期間満了日	令和6年10月10日									
事務担当者と連絡先	氏名 座間 花子					電話 046-256-1190				

選択欄となっています。

申請指定有効期間満了日

令和4年12月10日

※1：サービスの種類は選択欄となっています。

注意：申出を行う短縮後の指定の有効期間の満了日の2月前までに提出してください。