

特定福祉用具販売事業所 登録届出書

令和 年 月 日

御所市長 殿

名称

代表者氏名

印

介護保険法に基づく特定福祉用具の販売事業所として登録を受けたいので、別添確約書を添えて届出ます。

フリガナ												
事業所名												
フリガナ												
代表者の氏名												
事業所の所在地	(郵便番号 - )											
連絡先	電話番号							FAX番号				
介護保険事業所番号												(既に指定又は許可を受けている場合)
既に指定等を受けている事業												
医療機関コード等												
営業日												
営業時間												
通常の事業実施地域												