**潟上市介護予防・日常生活支援総合事業**

**通所型サービスＣ受託事業者申請書**

平成　　年　　月　　日

潟上市長

申請者

所在地

名　称

代表者

標記の事業を実施する法人等として、関係書類を添えて申請します。

なお、潟上市介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスＣ受託に係る仕様を満たす法人等であり、受託事業者申請書及び添付書類の内容についても、事実と相違ありません。