令和　　年　　月　　日

介護サービス相談員派遣等事業受入協力事業所等登録申請書

佐賀中部広域連合長　様

申請者

所在地

法人名称

代表者

介護サービス相談員派遣等事業における受入協力事業所として登録を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受入協力事業所等 | 施設・事業所名 |  | |
| 所在地 | 〒 | |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メール  アドレス |  |
| 担当者 |  | |

備考

１　受理後、決定通知書を受入事業所等に送付します。また、受入協力事業所として佐賀中部広域連合のホームページにて公表します。

２　介護サービス相談員より、訪問日等調整のため上記担当者欄に記載いただいた担当者に連絡します。

３　当該登録の取り消しの申し出があった場合は、登録取消通知書により通知します。