指定有効期間短縮願出書

　　年　　月　　日

座間市長　宛て

主たる事務所の所在地

申請者　名称

代表者の職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービスの種類 | アイテムを選択してください。 | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | | | | |
| 指定有効期間満了日 |  | | | | | | | | | |

２　上記事業所に合わせて更新する事業所

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービスの種類 | アイテムを選択してください。 | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | | | | |
| 指定有効期間満了日 |  | | | | | | | | | |
| 事務担当者と連絡先 | 氏名 | | | | | 電話 | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請指定有効期間満了日 |  |

※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。