様式第2号（第4条関係）

**松阪市介護サービス相談員派遣申出書**

　年　　月　　日

（宛先）松　阪　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申出人（運営事業者）

　　　　 所在地

　　　　 事業所名

 代表者名

　　　　 連絡先

松阪市介護サービス相談員の派遣を希望しますので、松阪市介護サービス相談員派遣等事業実施要綱に基づき、下記のとおり申出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護サービス事業所 | 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 事業の種類 |  |

担当者職・氏名

TEL

FAX

メールアドレス