様式1

令和　　年　　月　　日

**美濃加茂市認知症対応型通所介護施設設置事業者公募申込書**

美濃加茂市長　宛

申込者　所在地

法人名

代表者名

次のとおり、美濃加茂市認知症対応型通所介護施設設置事業者の選定に係る公募について、関係書類を添えて申し込みます。

記

１．事業所の名称　　　（仮称）

２．設置予定地　　　　美濃加茂市○○○

３．提出書類　　　　　別添「提出書類一覧」による必要書類

連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 所　属 |  |
| 担当者氏名 |  | 役職名 |  |
| 所在地 |  | | |
| 電　話 |  | | |
| ＦＡＸ |  | | |
| E-mail |  | | |