

様式第2号 (第2条関係)

平川市介護予防・日常生活支援総合事業指定通知書

年 月 日

様

平川市長

年 月 日付で申請のあった介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定（更新）については、下記のとおり決定したので指定します。

種類	新 規 ・ 更 新
----	-----------

名称（法人名）	
代表者氏名	
所在地	
サービスの種類	
介護保険事業所番号	
指定の効力発生日	
指定の有効期間の満了日	