（様式第１号）

平成　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人・施設名）

（代表者名） 　　　　　　　　　　　㊞

**地域サポート施設認定事業申請書**

　地域サポート施設の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

［申請者（施設）について］

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 |  | |
| 施設名 |  | |
| 施設区分  ※該当するものにチェック | □　特別養護老人ホーム　　□　養護老人ホーム  □　軽費老人ホーム　　　　□　認知症対応型共同生活介護サービス | |
| 所在地 | 〒 | |
| 書類送付先 | ※所在地と同じ場合は「同上」と記入  〒 | |
| 連絡先 | 担当者氏名 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |
| 本事業の地域への情報発信手段  ※該当するものにチェック | □ポスター、チラシ  □広報誌等  □ホームページ、ＳＮＳ  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |