**地域密着型サービス指定候補事業者応募申込書**

令和　　年　　月　　日

石巻市長　　　　　　　　　殿

所 在 地

法 人 名（診療所名）

代表者名（開設者名）

電話番号

このことについて、下記提出書類を添えて応募します。

なお、本応募申込書及び提出書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約いたします。

記

**１　提出書類**　　「応募申込に係る提出書類一覧表（様式第２号）」のとおり

**２　施設整備に係る公的補助の希望の有無**

有　・　無　（どちらかに○をしてください。）

**３　担当者連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法　人　名（診療所名） |  | | |
| 所　在　地 | 〒　　　－ | | |
| 所　　　属 |  | | |
| 担当者名 |  | | |
| Ｔ　Ｅ　Ｌ |  | Ｆ　Ａ　Ｘ |  |
| Ｅメール |  | | |