

年 月 日

指定申請者調書

指定申請者名

印

記載に際しては、筑後市指定居宅介護支援事業所の指定等に関する規則第2条の2に規定する者に該当しないことを誓約します。

役員全員を記載してください。

該当する性別・元号を○で囲んでください。

フリガナ 氏 名	性別	生年月日
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日

※ 収集した個人情報については、規則第2条の2に規定する者であるかについて警察への照会
のみに使用し、その他の目的には一切使用しません。

※ 法人の代表者は、役員全員に個人情報の使用目的と提供先について同意を得た上で記入して
ください。