

付表 1 指定市町村事務受託法人の指定に係る記載事項

記入しないこと。

受付番号

事務所	フリガナ	シャカイフクシホクジン			
	名称	社会福祉法人			
	所在地	(郵便番号 愛媛 都道 松山 郡市 町 - - 府県 区 ビル 号)			
連絡先	電話番号	0 8 9 - -	FAX 番号	0 8 9 - -	
当該受託事務の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 条第 項第 号					
管理者	フリガナ	マヤマ ジロウ	住所	(郵便番号 -)	
	氏名	松山 二郎		松山市 丁目 -	
	生年月日	昭和 年 月 日			
職員の職種・員数(人)		介護支援専門員			
		専従	兼務		
常勤(人)					
非常勤(人)			0		
主な揭示事項	営業日	月曜日～土曜日(日曜日、祝祭日、12月29日～1月3日は休日)			
	営業時間	(平日)8時30分～17時30分 (土曜日)8時30分～17時30分			
	通常の実施地域	松山市、市、町			
添付書類	別添のとおり				

- 備考
- 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、職員については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。