様式第　号（第　条関係）

介　護　用　品　取　扱　店　指　定　申　請　書

年　　　月　　　日

小　山　町　長　　様

申請者　住所

販売店

代表者名

電話番号

介護用品取扱店の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 店　舗　名 |  | |
| 所　在　地 | 〒 | |
| 電 話 番 号 |  | |
| 介 護 用 品 配 達 の 可 否 | | 可　　　　・　　　　　否 |
| 備 考 |  | |