

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

印

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	