

年 月 日

大村市長 様

(申請者) 所在地
店舗名
代表者名

大村市訪問理美容サービス費指定店指定 (変更・廃止) 届出書

大村市介護保険特別給付に関する規則第2条第3号の指定店の指定 (変更・廃止) について、下記のとおり届け出ます。

記

店舗の所在地	電話番号		
	(変更前の所在地 :)		
店舗の名称	(変更前の名称 :)		
代表者名	(変更前の代表者名 :)		
変更 (提供開始) 又は 廃止年月日	業種	理容業 ・ 美容業	
【変更の場合】 <input type="checkbox"/> 店舗の所在地 <input type="checkbox"/> 店舗の名称 <input type="checkbox"/> 代表者名 【廃止の場合】 <input type="checkbox"/> 廃止を届け出ます。 ※ 該当する□にレを入れてください。			

【添付書類】

(新規届出) 保健所が発行する「理容所 (美容所) 開設検査確認済証」の写し
(変更届出) 変更内容が確認できるもの