様式第２号（施設用）

　　年　　月　　日

福　井　市　長　　様

申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 福井市 |
| 事業所等の名称 |  |
| 代表者名又は責任者名 |  |

福井市介護サポーターポイント制度受入機関登録申込書

　福井市介護サポーターポイント制度の受入機関として登録したいので、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所　等 | 住　　　所 |  |
| 名　　　称 |  |
| サービスの種類 |  |
| 電　　　話 |  |
| 活　動　内　容 |  | |
| 活　動　場　所 |  | |
| 受　入　人　数 |  | |
| スタンプの管理者 |  | |