**公募申請書**

（あて先）八代市長

申請日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **法人名称** | **印** |
| **事業所名**  **（予定）** |  |
| **法人として、現在、実施している福祉関連事業** |  |
| **住所（連絡先）** | **〒**  **TEL：　　　　　　　　／　FAX：**  **E-mail：** |
| **申請サービス名称** | **認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）** |
| **設置予定地**  **（日常生活圏域）**  ※どちらか〇で囲んでください。 | ・圏域１（鏡・東陽・泉）  ・圏域６（日奈久・二見・坂本） |