

別記様式第1号（第4条、第9条関係）

介護支援ボランティアポイント事業受入団体指定申請書

年 月 日

佐野市長 様

次のとおり介護支援ボランティア受入団体として指定を受けたいので申請します。

名 称	
所在地	
実施事業	
代表者の氏名	⑩
代表者の住所	
代表者の電話	

備考 代表者の印は、介護支援ボランティアポイント手帳に押印する確認印となります。