記載例（正）

年　　月　　日

奈良県知事　殿

（法人事務所所在地）　**大和郡山市〇〇町〇〇番地**

（法人の名称）　**株式会社〇〇**

（法人の代表者職・氏名）　**代表取締役　〇〇　〇〇**

代表者印

介護保険事業者指定に係る証明願（正）

介護保険法（平成９年法律第１２３号）＿＿＿＿＿＿の規定に基づく＿＿＿＿＿＿の指定について、下記のとおり証明してくださるようお願いします。

記

こちらで記入しますので、

空欄のままでお願いします。

1	法　人　名	**株式会社〇〇**	
2	事　業　所　名	**訪問看護ステーション〇〇**	
3	事業所所在地	**大和郡山市〇〇町△△番地**	
4	事業者番号	**２９＊＊＊＊＊＊＊＊＊**	
5	指定年月日	**① 訪問看護**	**② 介護予防訪問看護**
		③	④
		⑤	⑥
6	サービスの種類	**① 平成２４年４月１日**	**② 平成２４年４月１日**
		③	④
		⑤	⑥
7	その他の事項	**平成３０年４月１日指定更新済み**	

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

奈良県知事　荒　井　正　吾

※注意事項

（１）正副２部提出してください。副本をお返しします。
（２）証明が必要な項目を記入してください。
（３）正本に、奈良県証紙を５００円分貼付してください。

奈良県証紙
500円分

記載例（副）

奈良県知事　殿

年　　月　　日

（法人事務所所在地）　**大和郡山市○○町○○番地**

（法人の名称）　**株式会社○○**

（法人の代表者職・氏名）　**代表取締役　○○　○○**

代表者印

介護保険事業者指定に係る証明願（副）

介護保険法（平成９年法律第１２３号）＿＿＿＿＿＿の規定に基づく＿＿＿＿＿＿の指定について、下記のとおり証明してくださるようお願いします。

記

こちらで記入しますので、空欄のままでお願いします。

1	法　人　名	**株式会社○○**	
2	事　業　所　名	**訪問看護ステーション○○**	
3	事業所所在地	**大和郡山市○○町△△番地**	
4	事　業　者　番　号	**29＊＊＊＊＊＊＊＊**	
5	指　定　年　月　日	①　**訪問看護**	②　**介護予防訪問看護**
		③	④
		⑤	⑥
6	サービスの種類	①　**平成２４年４月１日**	②　**平成２４年４月１日**
		③	④
		⑤	⑥
7	その他の事項	**平成３０年４月１日指定更新済み**	

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

奈良県知事　荒　井　正　吾

※注意事項

（１）正副２部提出してください。副本をお返しします。
（２）証明が必要な項目を記入してください。
（３）正本に、奈良県証紙を５００円分貼付してください。