

<記載例>

令和4年度碧南市ねたきり高齢者等おむつ等支給事業に関する申請書

令和4年 2月 〇〇日

碧南市長 殿

申請者 住 所 碧南市〇〇町〇〇番地

代表者氏名 個人の場合は個人氏名
(法人名 法人の場合は法人名と代表者氏名を記入して下さい。)
(電話番号 (押印不要です))

令和4年度碧南市ねたきり高齢者等おむつ等支給事業の事業者募集要領に基づき、下記の事業所で事業参加するため応募します。

事業所名 (屋号)	所在地
〇〇〇薬局	碧南市〇〇町〇丁目〇〇番地
支店が多くて1枚で書ききれない場合は一番上に「別紙のとおり」として別紙に記載して下さい。	

取得資格名 薬 剤 師

資格者氏名 (複数名いる場合は代表者) 碧 南 花 子

添付書類

- 1 債権者登録申請書
(新規参入事業者で未登録事業所及び債権者登録未登録事業所)
- 2 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第四条による県知事許可証 (薬局開設許可証) の写し、又は有資格者であることを証する書類の写し

申請にあたり市税の納付状況等を確認されることに同意します。

氏 名 申請者と同じでお願いします。
(押印は不要です)

<記載例>

別紙

令和4年度碧南市ねたきり高齢者等おむつ等支給事業に関する申請書

事業所名(屋号)	所在地	
〇〇〇薬局〇〇店	碧南市〇〇町〇丁目〇番地	
〇〇〇薬局△△店	碧南市△△町〇丁目〇番地	
〇〇〇薬局××店	碧南市××町〇丁目〇番地	
〇〇〇薬局□□店	碧南市□□町〇丁目〇番地	