

記載例（正）

奈良県知事 殿

年 月 日

〔 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**



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下さるようお願いいたします。

記

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 平成24年4月1日	② 平成24年4月1日
		③	④
		⑤	⑥
6	サービスの種類	① 訪問看護	② 介護予防訪問看護
		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	

こちらで記入しますので、
空欄のままをお願いします。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

奈良県知事 山下 真

※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**



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下さるようお願いいたします。

記

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 平成24年4月1日	② 平成24年4月1日
		③	④
		⑤	⑥
6	サービスの種類	① 訪問看護	② 介護予防訪問看護
		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	

こちらで記入しますので、
空欄のままをお願いします。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

奈良県知事 山下 真

※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。