

第1号様式（第3条関係）

平野区在宅医療・介護相談窓口ステッカー交付申請書

令和 年 月 日

平野区保健福祉センター所長 様

平野区在宅医療・介護相談窓口ステッカー取扱要領の趣旨・内容に同意しますので、交付の申請をします。

なお、交付にあたっては同取扱要領を遵守するとともに、交付承認が取り消された場合は直ちにステッカーの掲示を中止いたします。

・名 称 _____

・代表者氏名 _____ 印

・所在地 〒 _____
大阪市平野区

・連絡先 TEL : _____ FAX : _____
(担当者名 : _____)

※注意

申請内容（名称・代表者氏名・所在地・連絡先）に変更があった場合は、「平野区在宅医療・介護相談窓口ステッカー交付変更届（様式4）」により速やかに届け出てください。