様式１

令和　　年　　月　　日

令和７年度(2025年度)熊本市短期集中予防サービス業務受託申請書

熊本市長　宛

（申請者） 所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

１　申請する事業名すべてに○印を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 口腔機能向上プログラムを実施する事業者のうち、他の事業所へスタッフの派遣が可能な場合は〇印を付けてください。 | |
|  | 口腔機能向上プログラムを行うスタッフの派遣が可能 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業内容 | |
|  | 運動機能向上プログラム（通所型） |
|  | 口腔機能向上プログラム（通所型） |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業内容 | |
|  | 栄養改善プログラム（訪問型） |

２　送迎可能な圏域すべてに、○印を付けてください。

（※　圏域の範囲については次ページ参照）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 圏域 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 中央 |  |  |  |  |  |  |
| 東 |  |  |  |  |  |  |
| 西 |  |  |  |  |  |  |
| 南 |  |  |  |  |  |  |
| 北 |  |  |  |  |  |  |

令和７年度（2025年度）熊本市短期集中予防サービス募集要領に基づき、実施事業者として応募したいので、関係書類を添えて申請いたします。

　また、申請後の補正及び追加書類等、連絡調整先を以下のとおりとします。

　　所属部署

　＊ 書類関係を送るため、必ずご記入をお願いします

　郵便番号

住　　所

電話番号

FAX番号

　 E-mail

圏域一覧

