

役員等名簿 (申請者が法人)

以下の者は、介護保険法に規定する事業者の指定の欠格事由に該当しないことを誓約します。

(ふりがな) 氏 名	生年月日	^(ふり) 住 所 ^(がな)	
	役職名・呼称	TEL	FAX
		〒	
		〒	
		〒	
		〒	
		〒	
		〒	
		〒	

- 備考
- 1 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）又はその事業所を管理する者その他申請者の使用人であって、申請者の事業所又は申請者が開設した施設を管理する者について記載してください。
 - 2 事業所等の所在地ではなく自宅の住所を記載してください。
 - 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。