介護保険法に基づく事業所の指定等に係る消防法令適合状況確認申請書

　　　　年　　月　　日

船橋市福祉サービス部指導監査課長　あて

申請者名

（法人名称及び代表者職氏名）

　つぎの事業所に係る消防法令への適合状況の確認を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名称（申請者名称） |  |
| 事業者住所（申請者住所） | 〒 |
| 事業所名称 |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| サービス種別 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |
| 連絡先（メールアドレス） |  |
| 担当者氏名 |  |

※平面図（フロア及び居室用途がわかるもの）を添付してください。