**第10号様式(第13条関係)**

|  |
| --- |
|  　　年　　月　　日**家族介護用品販売業者申込書** 　国頭村長　殿 申込者名 印 住所 (事業に従事している者) 下記により、介護用品の給付を取扱業者として登録したいので、申し込みいたします。 |
| 事業所名 |  | 電話番号 |  |
| 代表者名 |  | 薬剤師資格番号(参考) |  |
| 住　所 |  |
| 備　考 |