**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 | | | |