第３号様式（第９条関係）

未病センター認証更新申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　　 年 月 　日

神奈川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　所在地

申請者名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　次の場所について、神奈川県における未病センター認証要綱に基づく神奈川県知事の認証の更新を受けたいので、申請します。

１　未病センターの概要

（1）名称

（2）所在地

（3）連絡先 ①電話番号

②電子メール

（4）通称名（任意）

（5）面積

**※未病センター設置位置や面積が前回申請時と異なる場合は、改めて平面図または見取り図を**

**提出してください。**

２　運営の概要

（1）更新予定日

（2）運営日時

（3）運営主体

(4)運営責任者①職名

②氏名

３　連絡先

担当者名

所属

電話番号

電子メール