

＜指定居宅介護支援事業所または介護保険施設の詳細＞

介護保険事業所番号		
事業所の名称	フリガナ	
	名称	
事業所の所在地	郵便番号	〒 —
	住所	
事業所の連絡先	電話	
	F A X	
事業所の代表者の氏名及び職名	氏名	
	職名	
事業の開始年月日		平成・令和 年 月 日
指定もしくは許可を受けた年月日		平成・令和 年 月 日