

地域密着型通所 介護介護予防通所型サービス事業
基準緩和通所型サービス事業 (該当のサービス種別に✓してください。)

事業所名称	
事業所番号	
事業所所在地	
管理者氏名	
記入者職・氏名	
連絡先	(電話) (FAX)

備考