既存施設及び事業の運営状況

【様式９】

１　介護保険サービス事業所

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業種別 | 施設等名称 | 所　　在　　地 | 事業者番号 | 指定年月日  （開始年月日） | サービス  提供地域 | 定　員 | 併設事業所 |
|  |  |  |  | （　　　　　　　　　　） |  |  |  |
|  |  |  |  | （　　　　　　　　　　） |  |  |  |
|  |  |  |  | （　　　　　　　　　　） |  |  |  |
|  |  |  |  | （　　　　　　　　　　） |  |  |  |
|  |  |  |  | （　　　　　　　　　　） |  |  |  |

※　複数ある場合は、事業種別ごとに代表的なものを１つ必ず記入し、その他はパンフレット等の添付に替えることが可能です。

２　その他の事業所

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業種別 | 施設等名称 | 所　　在　　地 | 定　員 | 併設事業所 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |