介護サービス事業所指定状況

(別紙)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所名 | サービス  の種類 | 事業所番号 | 所在地 | 指定年月日 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |

※　介護予防サービスについても１つと数えて記入してください。

※　休止中の事業所についても記入してください。

※　「医療みなし」の事業所及び「総合事業における介護予防・生活支援サービス事業」は除きます。