法人が函館市内で提供している介護サービスの概要

|  |  |
| --- | --- |
| 応募圏域 |  |
| 法人名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 運営事業所 | ① | ｻｰﾋﾞｽの種類： |  |
| 事業所名： |  |
| 所在地： | 函館市 |
| 指定年月日： | 平成　　年　　月　　日 |
| ② | ｻｰﾋﾞｽの種類： |  |
| 事業所名： |  |
| 所在地： | 函館市 |
| 指定年月日： | 平成　　年　　月　　日 |
| ③ | ｻｰﾋﾞｽの種類： |  |
| 事業所名： |  | |
| 所在地： | 函館市 | |
| 指定年月日： | 平成　　年　　月　　日 | |
| ④ | ｻｰﾋﾞｽの種類： |  | |
| 事業所名： |  | |
| 所在地： | 函館市 | |
| 指定年月日： | 平成　　年　　月　　日 | |
| ⑤ | ｻｰﾋﾞｽの種類： |  | |
| 事業所名： |  | |
| 所在地： | 函館市 | |
| 指定年月日： | 平成　　年　　月　　日 | |

※　居宅介護支援事業所および介護保険法第８条第２項から第２７項にあるすべての事業について

記載すること。

※　運営事業所が６以上ある場合はこの様式を複写し，番号欄を修正して作成すること。