

## 法人が函館市内で提供している介護サービス等の概要

応募圏域	
法 人 名	

1. 介護サービス事業所	①	サービスの種類： 事業所名： 所在 地： 函館市 指定年月日： 年 月 日
	②	サービスの種類： 事業所名： 所在 地： 函館市 指定年月日： 年 月 日
	③	サービスの種類： 事業所名： 所在 地： 函館市 指定年月日： 年 月 日
	④	サービスの種類： 事業所名： 所在 地： 函館市 指定年月日： 年 月 日
	⑤	サービスの種類： 事業所名： 所在 地： 函館市 指定年月日： 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29項にあるすべての事業について記載すること。
- ※ 介護サービス事業所が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。

## 法人が函館市内で提供している介護サービス等の概要

応募圏域	
法 人 名	

2. その他のサービス事業所 (障がい者や子ども等に関係する事業所)	①	サービスの種類： 事業所名： 所在地：函館市 指定年月日：年 月 日
	②	サービスの種類： 事業所名： 所在地：函館市 指定年月日：年 月 日
	③	サービスの種類： 事業所名： 所在地：函館市 指定年月日：年 月 日
	④	サービスの種類： 事業所名： 所在地：函館市 指定年月日：年 月 日
	⑤	サービスの種類： 事業所名： 所在地：函館市 指定年月日：年 月 日

※ その他のサービス事業所が6以上ある場合はこの様式を複数枚提出し、番号欄を修正して作成すること。