

認知症対応型通所介護事業所の新規指定申請に係る事前届出書

記入日： 年 月 日

法人情報	法人名				
	所在地	〒 ー			
	代表者	(職名)	(氏名)		
	法人種別	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 営利法人(株式会社等) <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他() 年 月 設立			
	介護サービス事業 運営実績の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ありの場合、種別及び指定自治体を記載してください。 種別等：)			
	担当者	(所属)	(氏名)		
	連絡先	(Tel)	(E-Mail)		
事業所情報	開設予定日	年 月 日			
	事業所名 (仮称可)				
	所在地	〒 ー 稲城市			
	建物の形態	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 共同住宅 <input type="checkbox"/> 既存事業所との併設型 <input type="checkbox"/> 既存事業所との共用型 <input type="checkbox"/> その他()			
	建物の権利関係	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 賃借 <input type="checkbox"/> その他()			
	併設(共用)事業所	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(事業所種別：)			
	利用定員等 (単位毎) ※記入しきれない場合は別紙等を作成してください。	単位	定員	サービス提供時間(予定)	
		1単位目		:	~ :
2単位目			:	~ :	
	3単位目		:	~ :	
開設の動機 (自由記入)					

