**事業者の概要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **法　　　人** | 名　称 | |  |
| 所在地 | | （〒　　　－　　　　） |
| 代表者の職・氏名 | |  |
| **事　業　所** | 名　称 | |  |
| 所在地 | | （〒　　　－　　　　） |
| 代表者の職・氏名 | |  |
| 従業員数 | | 介護福祉士　（　　　　　人）  訪問介護員　（　　　　　人） |
| **連　絡　先** | 電話番号 | |  |
| F　A　X | |  |
| メールアドレス | |  |
| **事業所について**  （該当か所に〇を  つけてください。） |  | 介護保険法に基づく訪問介護の指定を受けている事業所 | |
|  | 障害者総合支援法に基づく居宅介護の指定を受けている事業所 | |

**※指定書（写し）を添付してください。**