

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)<br>訪問介護員    (                                  人) |        |
| 連絡先                         |          | 電話番号                                                                                             | FAX 番号 |
|                             |          | メールアドレス                                                                                          |        |
| 事業所について<br>(該当箇所に○をつけてください) |          | 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく<br>居宅介護の指定を受けている事業所                                             |        |
|                             |          | 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                                                                        |        |

※指定書（写し）を添付してください。