

香芝市 介護福祉課長 宛

(法人名) _____

(法人代表者 役職・氏名) _____

地域密着型サービス事業所の運営推進会議を活用した評価の申込について

標題の件について、次のとおり申し込みます。

申込日	年 月 日								
事業所番号	2	9							
事業所名									
サービス	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護								
外部評価を実施する 運営推進会議予定日 (申込日より3ヶ月以上 期間を空けてください)	年 月 日								
備考									

※申込受付期間は毎年4月末（4月末が土日祝の場合は翌開庁日）までとなります。

受付印

受付印