開設事業所概要ファイル

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 開設予定日 |  |
| 開設予定地区 |  |
| 開設サービス種類  （どちらかに○をして下さい） | 居宅介護支援事業所  地域密着型サービス（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者名 |  |
| 担当者電話番号 |  |

※事前協議をメールで行う事業者はこちらのファイルを添付してください。