**指　定　申　請　法　人　の　概　要**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人の名称 | |  | | | |
| 法人事務所所在地 | |  | | | |
| 代表者氏名 | |  | | | |
| 法人設立年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 既に開設している介護保険サービス事業所 | | | | | |
|  | 事業の種別 | | 事業所名 | 事業所の所在地 | 開始年月日 |
| 1 |  | |  |  |  |
| 2 |  | |  |  |  |
| 3 |  | |  |  |  |
| 4 |  | |  |  |  |
| 5 |  | |  |  |  |
| 6 |  | |  |  |  |
| 7 |  | |  |  |  |
| 8 |  | |  |  |  |
| 9 |  | |  |  |  |
| 10 |  | |  |  |  |
| 11 |  | |  |  |  |

※　「事業の種別」欄は、既に行っている事業等を記入してください。（当該申請及び開設予定の事業は含めない。）