

事業所数	計		ヶ所	
	事業所名称及び実施サービス	介護保険事業所番号 (医療機関コード)	指定(許可)年月日	事業所所在地
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

備考 「3 事業所名称等及び所在地」欄に書ききれない場合に記載してください。