

(様式1)

受付番号

別府市介護保険（施設・居住系／地域密着型）サービス応募申込書

令和 年 月 日

別府市長 殿

所在地
申込者
法人名
代表者

㊞

別府市介護保険（施設・居住系／地域密着型）サービス事業者の公募に、関係書類を添えて応募します。

1 事業所の開設予定地

事業所等の設置予定地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
日常生活圏域	* 該当の圏域にチェックをいれてください。 <input type="checkbox"/> 山の手 <input type="checkbox"/> 青山・東山 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 北部 <input type="checkbox"/> 浜脇 <input type="checkbox"/> 朝日 <input type="checkbox"/> 鶴見台

2 応募する事業の種類

応募事業の種類		実施事業	定員	応募する事業の開始予定年月日			
地 域 密 着 型 サ ー ビ ス	認知症対応型通所介護			令和	年	月	日
	介護予防認知症対応型通所介護			令和	年	月	日
	小規模多機能型居宅介護			令和	年	月	日
	介護予防小規模多機能型居宅介護			令和	年	月	日
	看護小規模多機能型居宅介護			令和	年	月	日

※実施事業の欄には応募する事業に○を記入してください。

3 担当者連絡先

担当者氏名	<input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>
ファックス番号	<input type="text"/>
メールアドレス	<input type="text"/>