

(様式1)

受付番号

別府市介護保険（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（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（いずれか1つ）	実施事業	定員	応募する事業の 開始予定年月日
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	
電話番号	
ファックス番号	
メールアドレス	