

調査申込書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地
 申込者 名称
 代表者職・氏名
 ※記名押印または署名

介護サービス情報の公表に係る調査を受けたいので、下記のとおり申込みします。

申込者 (法人)	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号	—)	
		都 道 郡 市	府 県 区		
	(ビルの名称等)				
法人連絡先	電話番号		FAX番号		
代表者の職・氏名	職名		フリガナ 氏名		
調査を受けようとする各事業所・施設の種類の等	フリガナ				
	主たる事業所の名称				
	事業所等の所在地	(郵便番号	—)	
		福岡	都 道 郡 市	府 県 区	
		(ビルの名称等)			
	事業所連絡先	電話番号		FAX番号	
		サービス種別	希望の有無	介護保険事業所番号	事業所・施設の名称
	指定居宅サービス	訪問介護			
		訪問入浴介護			
		訪問看護			
		訪問リハビリテーション			
		通所介護			
		通所リハビリテーション			
		短期入所生活介護			
		短期入所療養介護			
		特定施設入居者生活介護			
		福祉用具貸与			
	特定福祉用具販売				
	施設	居宅介護支援事業			
		介護老人福祉施設			
		介護老人保健施設			
		介護医療院			
		介護療養型医療施設			
	指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護			
		介護予防訪問看護			
		介護予防訪問リハビリテーション			
		介護予防通所リハビリテーション			
		介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護					
介護予防特定施設入居者生活介護					
介護予防福祉用具貸与					
特定介護予防福祉用具販売					
地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護				
	地域密着型通所介護				
	認知症対応型通所介護				
	小規模多機能型居宅介護				
	認知症対応型共同生活介護				
	地域密着型特定施設入居者生活介護				
	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護				
	定期巡回随時対応型訪問介護看護				
	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)				
	介護予防認知症対応型通所介護				
介護予防小規模多機能型居宅介護					
介護予防認知症対応型共同生活介護					
記入担当者名			記入担当者連絡先	Tel. Fax.	

備考 「希望の有無」欄には、調査を希望する事業所のサービスのうち、希望する場合には「○」を希望しない場合には「×」を記入してください。
 例) 訪問介護、夜間対応型訪問介護を同一事業所で一体的に運営し、その内、訪問介護の調査を希望する場合、訪問介護には「○」を、夜間対応型訪問介護には「×」を記入してください。