

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション開始届出書

年 月 日

(宛先) 高松市長

届出者 住 所  
氏 名

〔 法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

次のとおり、みなし指定を受け事業を開始しますので届け出ます。

		介護保険 事業所番号													
みなし指定を受け事業を開始する事業所		名 称													
		所在地													
サ ー ビ ス の 種 類															
開 始 に あ た っ て の 届 出 事 項		届 出 の 内 容													
1	事業所の名称														
2	事業所の所在地														
3	申請者の名称及び主たる事務所の 所在地														
4	代表者（開設者）の氏名・生年月日・ 住所及び職名														
5	法人の登記事項証明書又は条例等（当該事 業に関するものに限る。）														
6	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等														
7	事業所（施設）の管理者の氏名・生年月日 及び住所														
8	運営規程														
9	事業所の種別														
10	その他（電話番号等）														
開 始 年 月 日		年 月 日													

備考 内容が分かる書類を添付してください。