

# 介護予防・日常生活支援総合事業受託意向確認書

年 月 日

九重町長 殿

法人名

代表者（住 所）

（氏 名）

㊦

（電話番号）

地域支援事業にかかる介護予防・日常生活支援総合事業の実施事業所として受託する意向であることを次のとおり申し出ます。

事業所概要	事業所名	
	事業所所在地	大字 番地
希望する事業に <input checked="" type="checkbox"/> してください。	<b>【訪問型サービス】</b> <input type="checkbox"/> 生活機能・身体機能短期集中訪問事業・訪問型サービスC 〈短期集中型〉 <input type="checkbox"/> 栄養改善短期集中訪問事業・訪問型サービスC 〈短期集中型〉 <input type="checkbox"/> 口腔改善短期集中訪問事業・訪問型サービスC 〈短期集中型〉 <b>【通所型サービス】</b> <input type="checkbox"/> 短期集中リハビリ教室 通所型サービスC（短期集中型）	
事業開始予定日	年 月 日	
定員予定数	名	

