

自己点検シート（ 年度）

サービス種別	
--------	--

記入日 年 月 日

■事業所番号、事業所の名称、連絡先等を記載してください。

法人名
法人住所
代表者職名・氏名

事業所番号									
フリガナ									
事業所名									
住所	(-)								
連絡先	電 話				F A X				
	メールアドレス								
開設年月日				年	月	日			
指定年月日				年	月	日			
(介護予防の指定年月日)				(年	月	日)			
直近の 指定更新年月日				年	月	日			
管 理 者	職 名				氏 名				
記載担当者	職 名				氏 名				