

## 地域密着型サービス参入希望事業者説明会申込書

法人名： \_\_\_\_\_

連絡先担当者氏名： \_\_\_\_\_

連絡先住所： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ Fax： \_\_\_\_\_

Mail address: \_\_\_\_\_

出席者氏名

### 開設希望地域密着型サービス

1. 小規模多機能型居宅介護
2. 看護小規模多機能型居宅介護
3. 認知症高齢者グループホーム
4. 認知症高齢者グループホーム＋小規模多機能型居宅介護（併設）
5. 認知症高齢者グループホーム＋看護小規模多機能型居宅介護（併設）
6. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

※ 希望するサービスのいずれかに○をつけて下さい。  
説明会への参加希望につきましては、8月20日(月)迄に FAX  
でお知らせください。