チェック✔してください

□１　法人である

□２　主任介護支援専門員がいる（または、本申請までに主任の研修終了証の写しの提出見込みがある）

１と２　どちらにもチェックが入った場合、次にお進みください。

↓

事前相談受付票（区控え）　　　　　　　　　　　№

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 　　 年 月　　日　　　 | 時間 | ： |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所予定地 |  | 収受印 |
| 来庁者 |  | 電話番号 | 　 |  |
| サービス種別 | 居宅介護支援事業所　・　介護予防支援　　　　　 |

✂　キ　リ　ト　リ　✂

事前相談受付票（事業所控え）　　　　　　　　　№

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 年 月　　日　　　 | 時間 | ： |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所予定地 |  | 収受印 |
| 来庁者 |  | 電話番号 | 　 |  |
| サービス種別 | 居宅介護支援事業所　　・　介護予防支援　　　　 |

**区記入欄**

**◎ 月　　日 に事前相談を受付しました。**

**◎次回、指定申請書の提出は、　　 年 月1日～２５日の間になります。**

**提出予定日１週間前までに、必ず予約をしてください。**

**◎お越しの際は、本控えをご持参ください。**