

事業所リストページ掲載情報の修正有無・掲載不要に○を記入し、FAXでご返信下さい。

- ◆太枠内の確認・修正、空欄箇所へのご記入をお願い致します。修正内容はシートに直接ご記入下さい。
- ◆校正はこの1回のみので、十分にご確認下さい。◆掲載不要の場合もご返信下さい。

締め切り： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 正午 掲載無料

返信先 FAX : 03-3222-1840 (お問合せ TEL : 03-3222-1825)

修正有	修正無	掲載不要
○	○	○

掲載サービス	居宅介護支援		居介 000
介護保険事業所番号			
事業所名	※株式会社、(株)等の法人種別は記載致しません。		
法人名	※法人種別は(株)(医)等の略称で記載致します。		
郵便番号 所在地			
TEL	FAX		
電話受付時間	※電話対応可能な受付時間のみ記載。		
受付休業日	土()日()祝()その他曜日() 夏季()年末年始() 年中無休()		※問合わせ対応不可な日、または年中無休に○を付けて下さい。日付は記載不可。
ケアマネジャー の人数	人 ※常勤の合計を整数でご記入下さい。		
併設サービス	※同一所在地（隣接含む）で提供している介護保険適用のサービスのみ下記の略称をご記入下さい。		
<div style="font-size: 0.8em; border: 1px dashed black; padding: 2px;"> 居介 居宅介護支援 訪介 訪問介護 訪入 訪問入浴 訪看 訪問看護 訪リ 訪問リハビリ 居管 居宅療養管理指導 夜訪 夜間対応型訪問介護 定随 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 通介 通所介護 地通 地域密着型通所介護 通リ 通所リハビリ 認通 認知症対応型通所介護 小多 小規模多機能型居宅介護 看多 看護小規模多機能型居宅介護 短生 短期入所生活介護 短療 短期入所療養介護 特養 介護老人福祉施設 老健 介護老人保健施設 療養 介護療養型医療施設 介院 介護医療院 特施 特定施設入居者生活介護 認共 認知症対応型共同生活介護 地介 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 地特 地域密着型特定施設入居者生活介護 福貸 福祉用具貸与 福販 特定福祉用具販売 住改 住宅改修 </div>			

■組織略称一覧■

(株) = 株式会社	(有) = 有限会社
(社) = 社団法人	(財) = 財団法人
(一社) = 一般社団法人	(資) = 合資会社
(一財) = 一般財団法人	(同) = 合同会社
(公社) = 公益社団法人	(名) = 合名会社
(公財) = 公益財団法人	(医) = 医療法人
(特医) = 特定医療法人	(医社) = 医療法人社団
(医財) = 医療法人財団	(特医社) = 特定医療法人社団
(社福) = 社会福祉法人	(社医財) = 社会医療法人財団
(社医) = 社会医療法人	(社医社) = 社会医療法人社団
NPO法人 = 特定非営利活動法人	

■体裁見本■

2 ハーティ介護 居宅介護支援事業所	
事業所番号	0123456789
所在地	法 人 名 NPO法人 みなとボランティア協会 193-0811 ○○市丹木町1-23-45 みなみあざぶビル101
TEL	000-000-0000
電話受付	8:30~17:30、水12:00まで
受付休業日	土・日・祝・年末年始
FAX	000-000-0000
ケアマネ	3人
併設サービス	訪介 健介

確認者署名： _____

事業所リストページ掲載情報の修正有無・掲載不要に○を記入し、FAXでご返信下さい。

- ◆太枠内の確認・修正、空欄箇所へのご記入をお願い致します。修正内容はシートに直接ご記入下さい。
- ◆校正はこの1回のみでの為、十分にご確認下さい。◆掲載不要の場合もご返信下さい。

締め切り： 年 月 日 () 正午 **掲載無料**

返信先 FAX : **03-3222-1840** (お問合せ TEL : 03-3222-1825)

修正有	修正無	掲載不要

掲載サービス	訪問介護		訪介 000
総合事業 (訪問型)	あり () なし ()	介護保険事業所番号	
事業所名			※株式会社、(株)等の法人種別は記載致しません。
法人名			※法人種別は(株)(医)等の略称で記載致します。
郵便番号所在地			
TEL		FAX	
電話受付時間			※電話対応可能な受付時間のみ記載。
受付休業日	土 () 日 () 祝 () その他曜日 () 夏季 () 年末年始 () 年中無休 ()	※問合わせ対応不可な日、または年中無休に○を付けて下さい。日付は記載不可。	
ヘルパーの人数	常勤 人・非常勤 人		※サービス提供責任者も人数に含みます。
併設サービス	※同一所在地(隣接含む)で提供している介護保険適用のサービスのみに下記の略称をご記入下さい。		
<p>居介 居宅介護支援 訪介 訪問介護 訪入 訪問入浴 訪看 訪問看護 訪リ 訪問リハビリ 居管 居宅療養管理指導 夜訪 夜間対応型訪問介護</p> <p>定随 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 通介 通所介護 地通 地域密着型通所介護 通リ 通所リハビリ 認通 認知症対応型通所介護</p> <p>小多 小規模多機能型居宅介護 看多 看護小規模多機能型居宅介護 短生 短期入所生活介護 短療 短期入所療養介護</p> <p>特養 介護老人福祉施設 老健 介護老人保健施設 療養 介護療養型医療施設 介院 介護医療院 特施 特定施設入居者生活介護</p> <p>認共 認知症対応型共同生活介護 地介 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 地特 地域密着型特定施設入居者生活介護</p> <p>福貸 福祉用具貸与 福販 特定福祉用具販売 住改 住宅改修</p>			

■組織略称一覧■

(株) = 株式会社	(有) = 有限会社
(社) = 社団法人	(財) = 財団法人
(一社) = 一般社団法人	(資) = 合資会社
(一財) = 一般財団法人	(同) = 合同会社
(公社) = 公益社団法人	(名) = 合名会社
(公財) = 公益財団法人	(医) = 医療法人
(特医) = 特定医療法人	(医社) = 医療法人社団
(医財) = 医療法人財団	(特医社) = 特定医療法人社団
(社福) = 社会福祉法人	(社医財) = 社会医療法人財団
(社医) = 社会医療法人	(社医社) = 社会医療法人社団
NPO法人 = 特定非営利活動法人	

■体裁見本■

9	ヘルパーステーション	ハーティ介護	(総)
事業所番号	0123456789	法人名	(社福)ミナトミナト福祉協会
所在地	193-0811 ○○市巻分町128-45 プラムハイツ101		
TEL	000-000-0000	FAX	000-000-0000
電話受付	8:30~17:30、水12:00まで	ヘルパー	常勤3人、非常勤20人
受付休業日	土・日・祝・年末年始	併設サービス	居介 福貸 福販

確認者署名： _____

事業所リストページ掲載情報の修正有無・掲載不要に○を記入し、FAXでご返信下さい。

- ◆太枠内の確認・修正、空欄箇所へのご記入をお願い致します。修正内容はシートに直接ご記入下さい。
- ◆校正はこの1回のみので、十分にご確認下さい。◆掲載不要の場合もご返信下さい。

締め切り： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 正午 掲載無料

返信先 FAX : 03-3222-1840 (お問合せ TEL : 03-3222-1825)

修正有	修正無	掲載不要
○	○	○

掲載サービス	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)		特養 000
介護保険事業所番号	特別養護老人ホーム		
事業所名			
法人名			
郵便番号 所在地			
TEL			
定員	_____ 人 ※定員数のみご記入下さい。		
併設サービス	※同一所在地（隣接含む）で提供している介護保険適用のサービスのみ下記の略称をご記入下さい。		
居介 居宅介護支援 訪介 訪問介護 訪入 訪問入浴 訪看 訪問看護 訪リ 訪問リハビリ 居管 居宅療養管理指導 夜訪 夜間対応型訪問介護 定随 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 通介 通所介護 地通 地域密着型通所介護 通リ 通所リハビリ 認通 認知症対応型通所介護 小多 小規模多機能型居宅介護 看多 看護小規模多機能型居宅介護 短生 短期入所生活介護 短療 短期入所療養介護 特養 介護老人福祉施設 老健 介護老人保健施設 療養 介護療養型医療施設 介院 介護医療院 特施 特定施設入居者生活介護 認共 認知症対応型共同生活介護 地介 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 地特 地域密着型特定施設入居者生活介護 福貸 福祉用具貸与 福販 特定福祉用具販売 住改 住宅改修			

■組織略称一覧■

(株) = 株式会社	(有) = 有限会社
(社) = 社団法人	(財) = 財団法人
(一社) = 一般社団法人	(資) = 合資会社
(一財) = 一般財団法人	(同) = 合同会社
(公社) = 公益社団法人	(名) = 合名会社
(公財) = 公益財団法人	(医) = 医療法人
(特医) = 特定医療法人	(医社) = 医療法人社団
(医財) = 医療法人財団	(特医社) = 特定医療法人社団
(社福) = 社会福祉法人	(社医財) = 社会医療法人財団
(社医) = 社会医療法人	(社医社) = 社会医療法人社団
NPO法人 = 特定非営利活動法人	

■体裁見本■

45 特別養護老人ホーム みなと			
事業所番号	0123456789	法人名	(社福)八王子市社会福祉事業団
所在地	198-0089 ○○市万町4-23-6		
TEL	000-000-0000	FAX	000-000-0000
定員	40人	併設サービス	居介 通介 短生 認通

確認者署名： _____