

「浜松市介護保険サービス利用のてびき」に関する情報提供票

提出日	年 月 日	事業所番号									
サービスの種類		事業所名称									
担当者名		電話番号									

次のとおり、浜松市介護保険事業者一覧表の修正等に関して情報提供します。

	区分	サービスの種類	事業所名称	郵便番号	事業所所在地	電話番号	FAX番号	法人名称	介護保険事業所番号	予防	定員
1	登録 修正 削除										
2	登録 修正 削除										
3	登録 修正 削除										
記載例	登録 修正 削除					053-987-****	053-654-****				
「修正」の場合は、修正を要する欄のみ記入をしてください。(記載例は、「電話番号」「FAX番号」を修正する場合)											
記載例	登録 修正 削除	通所介護	〇〇デイサービス	430-****	中区元城町**	053-123-****	053-456-****	(医)〇〇会	1234567890	○	20
「登録」の場合は、全ての欄に記入をしてください。											