**介護保険サービス等の運営実績**

（法人名：　　　　　　　　　　　　　　　　）

○地域包括支援センター・老人介護支援センター

|  |  |
| --- | --- |
| 事業種別 | 事業所名・所在地等・委託自治体名 |
|  | 事業所名：  所在地：  委託自治体名：  委託期間：　　　　年　　月　　日～  　　　　　　　　　　　　　　　（運営年数）　　　年　　月 |

○介護保険サービス

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | サービス種別 | 事業所・施設名・所在地等 |
| １ |  | 事業所・施設名：  所在地：  事業所番号：  指定年月日：　　　　年　　月　　日  （運営年数）　　年　　月 |
| ２ |  | 事業所・施設名：  所在地：  事業所番号：  指定年月日：　　　　年　　月　　日  （運営年数）　　年　　月 |
| ３ |  | 事業所・施設名：  所在地：  事業所番号：  指定年月日：　　　　年　　月　　日  （運営年数）　　年　　月 |
| ４ |  | 事業所・施設名：  所在地：  事業所番号：  指定年月日：　　　　年　　月　　日  （運営年数）　　年　　月 |
| ５ |  | 事業所・施設名：  所在地：  事業所番号：  指定年月日：　　　　年　　月　　日  （運営年数）　　年　　月 |

※枠が足りない場合は、適宜追加してください。

※それぞれの事業・施設の概要がわかるパンフレット等を添付してください。