

(別紙 2)

みなし指定に係る事業実施の意向確認書

年 月 日

佐賀県知事 様

開設者住所 〒

氏名 (フリガナ)

(法人にあつては名称及び代表者の職氏名)

事業実施の意向については、以下のとおりです。

|  |                         |                                     |          |
|--|-------------------------|-------------------------------------|----------|
| 事業所  | フリガナ                    |                                     |          |
|  | -----<br>名 称            |                                     |          |
|  | 医療機関・薬局コード<br>介護保険事業所番号 |                                     |          |
|  | 所在地 〒                   |                                     |          |
|  | 電話番号                    |                                     | F A X 番号 |
| 管理者  | 職 名                     | フリガナ                                |          |
|  |                         | 氏 名                                 |          |
| メールアドレス<br>(必須)  |                         |                                     |          |
| みなし指定に係るサービスの種類  |                         | 事業実施の意向<br>(実施するサービスに○を<br>つけてください) | 事業所名称    |
| 訪問看護<br>(病院、診療所のみ)                                     |                         |                                     | /        |
| 介護予防訪問看護<br>(病院、診療所のみ)                                 |                         |                                     |          |
| 訪問リハビリテーション<br>(薬局を除く)                                 |                         |                                     |          |
| 介護予防訪問リハビリテーション<br>(薬局を除く)                             |                         |                                     |          |
| 居宅療養管理指導<br>(介護老人保健施設、介護医療院を除く)                        |                         |                                     |          |
| 介護予防居宅療養管理指導<br>(介護老人保健施設、介護医療院を除く)                    |                         |                                     |          |
| 通所リハビリテーション<br>(薬局を除く)                                 |                         |                                     |          |
| 介護予防通所リハビリテーション<br>(薬局を除く)                             |                         |                                     |          |
| 短期入所療養介護<br>(療養病床を有する病院又は診療所、介護老人保健<br>施設、介護医療院のみ)     |                         |                                     |          |
| 介護予防短期入所療養介護<br>(療養病床を有する病院又は診療所、介護老人保健<br>施設、介護医療院のみ) |                         |                                     |          |