

(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		
	----- 名 称		
	医療機関・薬局コード 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 (必須)			
みなし指定に係るサービスの種類		事業実施の意向 (実施するサービスに○を つけてください)	事業所名称
訪問看護 (病院、診療所のみ)			/
介護予防訪問看護 (病院、診療所のみ)			
訪問リハビリテーション (薬局を除く)			
介護予防訪問リハビリテーション (薬局を除く)			
居宅療養管理指導 (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 (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 (薬局を除く)			
介護予防通所リハビリテーション (薬局を除く)			
短期入所療養介護 (療養病床を有する病院又は診療所、介護老人保健 施設、介護医療院のみ)			
介護予防短期入所療養介護 (療養病床を有する病院又は診療所、介護老人保健 施設、介護医療院のみ)			