

登録空き状況の情報提供書

◎事業所名

◎記入者

◎連絡先

◎ R 3 年 4 月末時点での情報

◎通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

事業所名	単位	定員	月	火	水	木	金	土	日
例) 各務原デ イ	全日	15	○	○	△	○	×	—	—
例) 〃	午前	5	△	×	×	○	○	—	—

※空きあり「○」・空きわずか「△」・空きなし「×」・休業日「—」のいずれかで記入してください。

※複数の単位がある場合は、単位ごとに空き状況の報告をお願いします。

◎報告先：介護保険課 施設指導係（担当：森）

メール：kaigo@city.kakamigahara.gifu.jp

FAX：058-383-6365