

老人デイサービスセンター等設置届

年 月 日

所在地
 徳島県知事 殿
 届出者 名称
 代表者職名・氏名

老人福祉法に規定する施設を設置したいので、老人福祉法第15条第2項の規定により届け出ます。

		法人番号		
経営者・法人	フリガナ 氏名(名称)			
	住所(主たる事業所の所在地)	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号	
		Email		
	法人等の種類			
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に☑		☐		
届出を行う施設の種類及び内容	施設の種類	届出対象施設(該当事業に○)	事業開始の予定年月日	様式
	老人デイサービスセンター			様式
	老人短期入所施設			様式
	老人介護支援センター			様式
	養護老人ホーム			
	特別養護老人ホーム			
	介護保険事業所番号	(既に介護保険法上の指定を受けている場合)		
施設	フリガナ 名称			
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号	
		Email		
	事業を行おうとする区域			
	入所/入居定員	人		
居室数 ※有料老人ホームの場合のみ	室			
施設管理者/	フリガナ	住所 ※有料老人ホームの場合のみ	(郵便番号 -)	
	氏名			
○職員の定数及び職務の内容 ※有料老人ホームの場合には記入不要				
職種		職務内容	定数	
			人	
			人	
			人	
			人	
添付書類	別添のとおり			