

(様式2)

法人の概要

年 月 日現在

名 称	(フリガナ)		
所在地			
代表者氏名			
設立等年月日	年 月 日	従業者数	人
設立等の理念			

■既存認知症対応型共同生活介護事業所の有無

有 ・ 無

有の場合、事業所名及び所在地等

事業所名	所在地	入居定員	開設年月
		人	年 月
		人	年 月
		人	年 月
		人	年 月
		人	年 月
		人	年 月

■認知症対応型共同生活介護以外の介護保険事業所の有無

有 ・ 無

有の場合、事業所名及び所在地等

事業所名	事業種別	所在地	開設年月
			年 月
			年 月
			年 月
			年 月
			年 月
			年 月

※記入欄が不足する場合は、別紙を添付して下さい。