

令和 年 月 日

佐賀県知事 様

法人所在地
法人名
代表者職氏名

令和6年度介護サービス情報の報告に係る調査に関する証明願

下記の事業所について、介護サービス情報の報告に係る調査を受けたことにつき証明願います。

記

事業所名

サービス種類

事業所番号

担当者氏名・連絡先

事務手数料に相当する額の佐賀県収入証紙
(国の収入印紙ではないので注意すること。)