（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）

(法人にあっ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 |  | | | ＦＡＸ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〇をつけてください） | | | 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） | | | | |  | | |  |