

紀の川市高齢介護課・地域包括支援センター宛

令和 6 年 3 月 日

## 令和 6 年度以降の介護予防支援における指定について

下記のとおり提出します。

事業所番号 : \_\_\_\_\_

事業所名 : \_\_\_\_\_

所在地 : \_\_\_\_\_

管理者氏名 : \_\_\_\_\_

連絡先 : \_\_\_\_\_

R6 年 4 月 1 日以降の該当箇所に○印をご記入ください。

種 別	指 定 472 単位	委 託 442 単位	受入れなし
介護予防支援業務			

R6 年 3 月 19 日(火)までに提出してください。

FAX 0736-78-3315