指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託申出書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人豊川市社会福祉協議会　会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託について下記のとおり申し　出ます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 名　称 |  | 事業所  番　号 |  |
| 管理者  氏　名 |  | 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  | 人員体制 | 主任ケアマネ　（　　　　人）  ケアマネ　　　（　　　　人） |
| 特定事業所加　　算 | Ⅰ　　Ⅱ　　Ⅲ　　Ａ | 介護予防プラン作成システムの有無 | 有　・　無 |
| 住　所 | 〒 | | |
| 契約者 | 名　称 |  | 代表者  役　職 |  |
| 代表者  氏　名 |  | 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  | 契約事務  担当者氏名 |  |
| 住　所 | 〒 | | |
| 委託予定件数  （現時点） | | 件 | 委託契約希望日 | 令和　　年　　月　　日 |