介護保険法による指定の更新の有効期限の定めに関する弾力的な運用についての確認書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

和歌山県知事 様

　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　申請者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者の氏名

下記事業所の指定居宅サービス及び指定介護予防サービスの指定について、一方の指定の有効期限が満了となっていませんが、今後の指定更新時の手続きを一本化するため、今回併せて更新することを了承します。

記

事業所番号：

事 業 所名：

サービス名：