

確 認 証 明 書

サービス事業名 _____

本事業所は、標記サービス事業について、「民間事業者によるサービス指針
(ガイドライン)」を満たしていることを証明します。

平成 年 月 日

介護保険事業所番号 【 _____ 】

所 在 地

事 業 所 名

代 表 者 氏 名

印

※45～46 頁の必要な条件を確認してください。