（参考様式15）

一部サービスの委託先

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 委託先事業所の名称 | 所在地 | 委託内容 |
| 介護保険事業所番号 |
| 1 |  |  | □　定期巡回□　随時対応□　随時訪問□　オペレーションサービス |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  | □　定期巡回□　随時対応□　随時訪問□　オペレーションサービス |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  | □　定期巡回□　随時対応□　随時訪問□　オペレーションサービス |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  | □　定期巡回□　随時対応□　随時訪問□　オペレーションサービス |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  | □　定期巡回□　随時対応□　随時訪問□　オペレーションサービス |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |