

認知症対応型老人共同生活援助事業開始届

平成 年 月 日

(あ て 先) 仙 台 市 長

住所
氏名 印

認知症対応型老人共同生活援助事業の開始について、下記のとおり届け出ます。

記

法人の名称及び所在地 <small>(法人でない場合は、経営者の氏名及び住所)</small>	TEL - - FAX - -
定款その他の基本約款	
住居の名称及び所在地	TEL - - FAX - -
職員の定数及び職務の内容	
管理者の氏名及び経歴	
事業を行おうとする区域	
ユニット数，入居定員	
事業開始の予定年月日	

添 付 書 類

- 1．収支予算書
- 2．事業計画書