**（様式第２号）**

**報告公表手続の依頼申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

　　大阪府指定情報公表センター長（総括責任者）様

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 |  |

介護保険法第115条の35第１項に規定する介護サービス情報の報告をしたいので、下記のとおり申請いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 事業所名： |  |
| ２ | 事業所所在地： |  |
| ３ | 事業所番号： |  |
| ４ | 介護サービスの種類： |  |
| ５ | 指定年月日： |  |
| ６ | 連絡先（担当者名及び電話番号）（上記と同じ場合は記入不要） |
|  |