

(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）