様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

各務原市長あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設予定法人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

事前協議書

各務原市内における（地域密着型）通所介護事業所の新規指定について、下記のとおり各務原市長へ協議します。

なお事業開始予定日から１８０日を過ぎても（地域密着型）通所介護事業所を開設しない若しくはできない場合、本協議に関わる効力が消滅することに同意します。

記

1　サービス種類（いずれかに〇）　　　通所介護　　・　　地域密着型通所介護

2　開設事業所名（未定の場合は「未定」と記入）

3　事業所開設予定地住所

4　利用定員　　　　　　　　　　　　名

5　事業開始予定日　　　　　　　　　年　　月　　日

6　土地建物について（いずれかに〇）

建築　　　　　　　　　　　新築　　**・**　　　既存の建物を利用（改築を含む）

建物の所有形態　　　　自己所有　　**・**　　　賃貸借

土地の所有形態　　　　自己所有　　**・**　　　賃貸借

担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※建物の図面があれば添付してください。