**事　業　運　営　実　績**

法人が現在運営している高齢者福祉サービス又は医療サービス等の事業を記入してください。

（令和　　年　　月　　日現在）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業開始年月 | 運営年数 | 事業種別 | 事業所名 | 事業所所在地 |
| ｸﾞﾙｰﾌﾟ  ﾎｰﾑ | 年　　月 | 年　　か月 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 通所系 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 訪問系 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 居住・ 宿泊系 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 居介支 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 医療系 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※記入欄が足りない場合は、適宜追加してください。