（別紙様式１）

**介護サービス情報の公表実施申出書**

　　年　　月　　日

栃木県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者名

連絡先（電話番号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所番号

　介護サービスの種類

介護サービス情報の公表について、介護保険法第115条の35第１項に規定する報告を、下記のとおり行い、その内容を公表したいので申し出ます。

記

　　　報告する情報

　　　　　　　①　基本情報のみ

　　　　　 ②　基本情報、運営情報の両方

※　①、②のいずれかを○で囲んでください。