様式第２号（第５条第２号ウ関係）

記　　号　　　番　　号

平成　　年　　月　　日

　（サービス事業者等の代表者）　　様

小野町長

介護保険法に基づく実地指導の結果について（通知）

（※１　監査等にいたる場合）

　　　このことについて、平成　　年　　月　　日（　）に（サービス事業者等の名称）の実地指導を

実施した結果、下記事業所に改善を要する事項が認められた。

ついては、必要な措置をとるとともに、その結果について別紙「改善結果報告書」を作成し、改

善結果が確認できる資料（指示された資料番号を付すこと）を添えて、平成　　年　　月　　日ま

でに提出してください。

　なお、必要に応じ監査の実施については別途通知します。

　（※２　監査等にいたらない場合）

　　　このことについて、平成　　年　　月　　日（　）に（サービス事業者等の名称）の実地指導を

実施した結果、改善を要する事項は認められませんでしたので通知します。

　　　なお、今後も事業所の適正な運営に努められますようお願いします。

（事務担当　　健康福祉課　　職氏名　　　　電話　　　　　）