（様式５）

**介護保険事業等運営実績一覧表**

１　法人が現在運営している介護保険事業等（介護・医療）を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業開始年月日 | | | | | | 事業種別 | 事業所名 | 所在地 | 休止期間等  ※１ |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |

２　法人が現在運営している１以外の事業を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業開始年月日 | | | | | | 事業種別 | 事業所名 | 所在地 | 休止期間等  ※１ |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |

※１　休止等、事業を運営していない期間があれば、記載してください。