

様式第2号（第3条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修施工事業者業務概要書

		申請日		年 月 日						
フリガナ		フリガナ		営業の形態						
名 称		代表者氏名		法人・個人						
住 所	(〒 -)									
電話番号		FAX番号								
従業員数	従業者____人うち、 建築士 1級____人、2級____人 住環境コーディネータ 1級____人、2級____人、3級____人 (その他) ※その他住宅改修に関する有資格者（資格名称と人数を記載してください。）									
住宅改修 研修 受講者 記載欄	氏 名		取得資格（取得している資格に○印を記入）							
			建築士	リフォーム 相談員	住環境コー ディネータ	その他				
			1・2級		1・2・3 級					
			1・2級		1・2・3 級					
			1・2級		1・2・3 級					
			1・2級		1・2・3 級					
営業日 (○印)	日	月	火	水	木	金	土	営業 時間	(平日)	～
									(土曜)	～
									(日祝)	～
業 務 概 要 ・ 特 色										
通常の事業 実施地域										
事業内容										

その他の特色 《PR欄》	
-----------------	--