第　　　　　　号

　　年　　月　　日

　四日市市長　宛て

（福祉総務課　福祉監査室）

法人名

　代表者名

地域密着型サービス事業者等に対する運営指導における

改善事項に係る改善結果について

　このことについて、別紙のとおり改善しましたので報告します。

　　　運営指導日　　　　　年　　月　　日

連絡先

　℡　　　　－　　　－

**別紙様式　（介護保険）　　　　改善事項に係る改善状況**

**法人名**

**施設(事業所)名**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 改善事項 | 改　善　状　況 | 改善予定期日 |
|  |  |  |

※　改善内容（状況）が確認できる関係書類を添付してください。