

様式第2号 (別紙)

介護保険サービス事業者の实地指導に係る改善報告書

事業者（開設者、法人名）	事業所名
实地指導実施日	サービスの種類

指摘事項	改善（対応）状況

返還（予定）金額
円
(うち、介護報酬分 円、自己負担分 円)

(注) 改善状況が確認できる書類等を適宜添付すること。(例：過誤調整が確認できる書類、変更届書等の写し、勤務体制が確認できる書類など)