

No.	介護保険事業所番号	事業所名称	事業所郵便番号	事業所所在地	事業所直通電話番号	申請者法人名	サービス種類	指定年月日	指定有効終了年月日	予防サービス種類	予防指定年月日	予防有効期間満了日
-----	-----------	-------	---------	--------	-----------	--------	--------	-------	-----------	----------	---------	-----------

平成31年4月1日現在、新潟市内において(医療みなしを除き)当該サービスの指定を受けている事業所はありません。