

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
-----	-----------	--------	----------	---------	------------	---------	--------	-------	-----------

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