

変更届出書

年 月 日

大村市長 様

所在地

申請者

名称

印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、届け出ます。

		介護保険事業所番号										
指定内容を変更した事業所		名称										
		所在地										
		連絡先	電話番号									
			FAX番号									
サービスの種類												
変更があった事項		変更の内容										
1	事業所の名称	(変更前)										
2	事業所の所在地											
3	申請者の名称及び主たる事務所の所在地											
4	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名											
5	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)											
6	事業所の平面図	(変更後)										
7	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴											
8	運営規程											
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号											
10	その他の変更事項											
変更年月日		年 月 日										

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
 3 変更があった日から10日以内に届け出てください。