様式第２号（第３条関係）

変更届出書

年　　月　　日

大　村　市　長　様

所在地
届出者　名　称
代表者氏名　　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（施設）	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・施設の名称	（変更前）
２	事業所・施設の所在地	
３	申請者の名称	
４	主たる事務所の所在地	
５	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
６	登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）	
７	事業所・施設の建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要	
８	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
９	運営規程	（変更後）
１０	連携する訪問看護事業所の名称及び所在地	
１１	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容（歯科医療機関を含む。）	
１２	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制の概要	
１３	本体施設の概要並びに施設と本体施設との間の移動の経路及び方法並びにその移動時間	
１４	併設施設の状況等	
１５	介護支援専門員の氏名及び登録番号	
１６	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　変更の日から１０日以内に届け出てください。