

## 変 更 届 出 書

年 月 日

大 村 市 長 様

所在地

事 業 者 名 称

印

代表者氏名

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												
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													
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	登録事項証明書又は条例等 (当該事業に関するものに限る。)													
7	事業所の平面図 (各室の用途を明示すること。)	(変更後)												
8	事業所の設備の概要													
9	利用者の推定数 (訪問型サービスに限る。)													
10	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所													
11	運営規程													
12	その他指定に関し必要と認める事項													
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。