

様式第2号（第5条関係）

變 更 屆 出 書

年 月 日

聖籠町長 様

事業所所在地
事業者名
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。

		介護保険事業者番号													
指定内容を変更した事業所（施設）						名 称									
						所在地									
サ 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、住所及び職名														
6	登記事項証明書 当該事業に関するものに限る。					（変更後）									
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等														
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所														
9	運営規程														
10	サービス提供責任者（訪問事業責任者）の氏名 及び住所														
11	その他														
変 更 年 月 日						年 月 日									

備考 1 該当項目番号に○で囲んでください。

2 変更内容が分かる書類を添付してください。