様式第２号（第３条関係）

変　　 更 　　届　　 出 　　書

年　　月　　日

下　田　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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、生年月日及び住所 |
| 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 | 事業所の建物の構造、専用区画等 |
| ８ | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | （変更後） |
| ９ | 運営規程 |  |
| 10 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
| 11 | 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 |
| 12 | 介護支援専門員の氏名及び登録番号等 |
| 13 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| 14 | 併設施設の状況等 |
| 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　変更した日から10日以内に届けてください。