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 |  | | | | | | | | | |
| 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 | | |
| ４４ | 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。） | | | （変更後） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ７ | 事業所の平面図 | | |
| ８ | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | |
| ９ | 運営規程 | | |
| 10 | 介護支援専門員の氏名及び登録番号等 | | |
| 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。