様式第２号（第３条関係）

変　更　届　出　書

変更届出書

年　　月　　日

　　　（届出先）

多治見市長

所在地

事業者　名　称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 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 | 主たる事務所の所在地 |
| ４ | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| ５ | 定款・寄附行為等及びその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。） |
| ６ | 事業所の平面図 | （変更後） |
| ７ | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| ８ | 運営規程 |
| ９ | 当該申請に係る事業に係る介護予防サービス計画書の請求に関する事項 |
| 10 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 11 | 介護支援専門員の氏名等 |
| 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　第１号様式及び付表を添付してください。

　　　　４　変更した日から10日以内に届けてください。