

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。