

変 更 届 出 書

年 月 日

朝霞市長宛

所在地

事業者 名称

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。

		介護保険事業所番号									
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（施設）の名称	（変更前）									
2	事業所（施設）の所在地										
3	事業者の名称										
4	主たる事務所の所在地										
5	代表者（開設者）の職名、氏名、生年月日及び住所										
6	登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る。）										
7	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等	（変更後）									
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所										
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	本体施設、本体施設との移動経路等										
13	併設施設の状況等										
14	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										
15	その他										
変 更 年 月 日		年 月 日									
担当者（問合せ先）		氏名（職名）				電話番号					

- 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。