

変 更 届 出 書

年 月 日

朝霞市長様

所在地

事業者 名称

代表者氏名

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								
サービスの種類										
変更があった事項		変 更 の 内 容								
1	事業所の名称及び所在地	(変更前)								
2	事業者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、住所及び職名									
3	事業者の定款・寄附行為等及びその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。）									
4	建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要									
5	事業所の管理者の氏名、住所及び経歴									
6	運営規程	(変更後)								
7	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等									
8	役員の氏名及び住所									
9	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴									
10	利用者の定員									
11	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。