

別記様式第3号(第4条関係)

指定地域密着型サービス事業所  
 指定居宅介護支援事業所  
 指定地域密着型介護予防サービス事業所  
 指定介護予防支援事業所

変更届出書

年 月 日

竜王町長

開設者 住所 (所在地) 印  
 氏名 (名称および代表者氏名)

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等		名称							
		所在地							
サービスの種類									
変更年月日		年 月 日							
変更があった事項(該当に○)		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	申請者の名称								
4	主たる事務所の所在地								
5	代表者(開設者)の氏名、生年月日および住所								
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								
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日および住所	(変更後)							
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およびその登録番号								

備考

・変更内容が分かる書類を添付してください。