

第2号様式

変更届出書

年 月 日

平群町長 殿

開設者 住所
 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者氏名)

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						
	事業所(施設)の名称	(変更前)						
	事業所(施設)の所在地							
	申請者の名称							
	主たる事務所の所在地							
	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所							
	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)							
	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等							
	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所	(変更後)						
	運営規程							
	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関							
	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							
	本体施設、本体施設との移動経路等							
	併設施設の状況等							
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号							

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。