

変 更 届 出 書

年 月 日

川場村長 様

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。

	介護保険事業者番号								
指定内容を変更した事業所 (拠点)	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・拠点の名称	(変更前)
2	事業所・拠点の所在地	
3	事業者の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
6	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。)	
7	事業所・拠点の建物の構造、専用区画等	(変更後)
8	事業所・拠点の管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所	
9	利用者の推定数	
10	運営規程	
11	定員	
12	第1号事業支給費の請求に関する事項	
13	役員の氏名、生年月日及び住所	
14	その他市長が必要と認める事項	
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。