

様式第4号（第4条関係）

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所 変更届出書

年 月 日

市川市長

申請者 住所
 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者氏名)

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（施設）		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。