

介護予防・日常生活総合事業指定事業所 変更届出書

年 月 日

市 川 市 長

申請者 所在地
 名称
 代表者氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更したので、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	(変更前)											
2	事業所の所在地												
3	申請者の名称												
4	主たる事務所の所在地												
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名												
6	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。)	(変更後)											
7	事業所の建物の構造、専用区画等												
8	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所												
9	運営規程												
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。