

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。