

変 更 届 出 書

年 月 日

東串良町長 様

所在地
申請者 名 称
代表者の職・氏名

㊟

年 月 日付け 第 号で指定を受けた事業所について、下記のとおり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	
事業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	定款等・寄付行為及び登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	(変更後)	
7	事業所の平面図		
8	事業所の管理者の氏名, 生年月日及び住所及び経歴		
9	運営規程		
10	役員の氏名, 生年月日及び住所		
11	その他 ()		
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。