

変 更 届 出 書

年 月 日

香美町長 様

所在地

事業所 名 称

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																			
変更があった事項		変更の内容																	
1	事業所・施設の名称	（変更前）																	
2	事業所・施設の所在地																		
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、住所及び職名																		
6	登録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・施設の建物の構造、専用区画等																		
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所	（変更後）																	
9	運営規程																		
10	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関																		
11	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																		
12	本体施設、本体施設との移動経路等																		
13	併設施設の状況等																		
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。