

変更届出書

年 月 日

川辺町長 様

所在地

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	事業（開設）者の名称・主たる事務所の所在地								
4	代表者（開設者）の職名、氏名、生年月日及び住所								
5	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。）								
6	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等								
7	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所								
8	運営規程				（変更後）				
9	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関								
10	利用者の定員								
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	併設施設の状況等								
13	介護支援専門員の氏名及び登録番号等								
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。
 - 3 付表を添付してください。
 - 4 変更した日から10日以内に届けてください。