

様式第3号(第4条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

三豊市長 様

所在地
事業者 名 称 (印)
代表者氏名

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。

変更があった事項		変 更 の 内 容
介護保険事業者番号		
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		
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(開設者)の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	申請者(開設者)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。)	
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、生年月日及び住所	(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	
14	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
15	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。