

変 更 届 出 書

年 月 日

東郷町長 殿

所在地

申請者

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。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------------------------------|-----------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 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 | 申請者の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・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 | (変更後) | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 併用施設の状況等 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 変 | 更 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |

- 備考1 該当項目番号に○を付けてください。
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。