

変 更 届 出 書

年 月 日

坂井地区広域連合長 あて

所在地

申請者 名称

代表者氏名



次のとおり指定事業者の指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

介護保険事業者番号																			
指定内容を変更した事業所														名称					
サービスの種類														所在地					
変更年月日														年 月 日					
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、寄附行為等及びその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	事業所の建物の構造、専用区画等													(変更後)					
8	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所																		
9	サービス（訪問）提供（事業）責任者の氏名及び住所																		
10	運営規程																		
11	利用者の定員																		
12	第1号事業支給費の請求に関する事項																		
13	役員の氏名、生年月日及び住所																		
14	その他																		
担当者の職・氏名														連絡先 (TEL/FAX)					

- 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。