

様式第3号(規格 A4)(第5条関係)

変更届出書

年 月 日

みどり市長 様

所在地
事業者 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	所在地	
	名称	
サービスの種類		
変更年月日	年 月 日	
変更があった事項(該当の項目番号を○で囲み、右欄に変更内容を記載してください。)		
1	事業者の名称	変更前
2	事業者の主たる事務所の所在地	
3	事業所の名称	
4	事業所の所在地	
5	代表者等の氏名、住所及び職名	
6	事業所の定款等	
7	事業所の運営規程	変更後
8	事業所の建物の構造等	
9	事業所の勤務体制等	
10	事業に係る支給費の算定根拠に関する事項	
11	その他	

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。