

変更届出書

年 月 日

大田原市長 様

住所
 開設者（所在地）
 氏名
 （名称及び代表者氏名）

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等		名称											
		所在地											
サービスの種類													
変更年月日		年			月			日					
変更があった事項（該当に○）		変更の内容											
事業所（施設）の名称		（変更前）											
事業所（施設）の所在地													
申請者の名称													
主たる事務所の所在地													
代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所													
登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る。）													
事業所（施設）の建物の構造、専用区画等													
事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所		（変更後）											
運営規程													
協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関													
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													
本体施設、本体施設との移動経路等													
併設施設の状況等													
介護支援専門員の氏名及びその登録番号													

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。