

第 1 号様式 (第 2 条・第 4 条関係)

受付番号

介護保険法第 115 条の 32 第 2 項(整備)又は第 4 項  
(区分の変更)に基づく業務管理体制に係る届出書

年 月 日

行政機関の長 殿

事業者 名 称  
代表者氏名

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		事業者 (法人) 番号		A																		
1	届出の内容																					
	(1)法第115条の32第2項関係 (整備)																					
	(2)法第115条の32第4項関係 (区分の変更)																					
	2	フリガナ名 称																				
		主たる事務所の所在地		(〒 - )																		
				都道 郡 市						府県 区												
				(ビルの名称等)																		
			電話番号						F A X 番号													
	3	法人の種別																				
		代表者の職名・氏名・生年月日		職名		フリガナ氏名				生年月日		年 月 日										
								月 日														
代表者の住所		(〒 - )																				
		都道 郡 市						府県 区														
		(ビルの名称等)																				
4	事業所名称等及び所在地		事業所名称		指定(許可)年月日		介護保険事業所番号(医療機関等コード)				所在地											
			計 力所																			
5	区分変更		区分変更前行政機関名称、担当部(局)課																			
			事業者 (法人) 番号		A																	
			区分変更の理由																			
		区分変更後行政機関名称、担当部(局)課																				
		区 分 変 更 日		年 月 日																		

連絡先	所属				メール アドレス			電話 番号		
	フリガナ									
	氏名									