様式第4号(第7条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定内容変更届出書

年　　月　　日

(あて先)　三芳町長

届出者　所在地

名称

代表者氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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 | 事業所の所在地(開設の場所) |
| 3 | 申請者(開設者)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 | 登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。) | 変更後 |
| 7 | 事業所の平面図、設備の概要等 |
| 8 | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所 |
| 9 | 事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所 |
| 10 | 運営規程 |
| 　　　　　　　変更年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |

注　1　該当する項目番号に「○」で囲んでください。

注　2　変更内容が分かる書類を添付してください。