王寺町介護予防･日常生活支援総合事業指定第１号事業者変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

王寺町長　　様

所在地

事業(開設)者 名　称

代表者職・名前

　王寺町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第１４条第１項の規定により、指定を受けた内容を変更しましたので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | ２ | ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定（許可）内容を変更した事業所（施設） | 名称 |
| 　　　（〒　　　　－　　　　）所在地　 |
| 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（施設）の所在地 |
| ３ | 事業者（開設者）の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の名前、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。） |
| ７ | 事業所（施設）の建物の構造概要及び平面図  |
| ８ | 事業所（施設）の管理者の名前、生年月日及び住所（介護老人保健施設を除く。） | (変更後) |
| ９ | サービス提供責任者の名前、生年月日及び住所 |
| １０ | 運営規程 |
| １１ | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
| １２ | 併設施設の概要等 |
| １３ | 本体施設の概要、本体施設との移動経路等 |
| １４ | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更年月日 | 　　年　　　　月　　日 |
| 届出担当者 |  | 連絡先 |  |

備考　該当項目番号に○印を付すこと。添付書類　変更内容が分かる書類