様式第２号（第６条関係）

変　更　届　出　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　直方市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

届出事業者 　 　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | | | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サ　―　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 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地 | |
| ４ | 代表者の職・氏名、生年月日及び住所 | |
| ５ | 定款･寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） | |
| ６ | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 | |
| ７ | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 | | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ８ | 運営規程 | |
| ９ | 役員の氏名、生年月日及び住所 | |
| 10 | その他 | |
| 変　更　年　月　日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

　次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

備考　 １　該当する項目番号を〇で囲んでください。

　　　 ２ 変更が生じた日から10日以内に提出してください。提出の際は、変更内容を証明する書類を

　　　　　添付してください。