

変 更 届 出 書

年 月 日

直方市長 様

届出事業者 所在地
名 称
代表者職氏名 印

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。

		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 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	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	(変更後)											
7	事業所・施設の管理者の氏名及び住所												
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											

- 備考 1 該当する項目番号を○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。