

変 更 届 出 書

年 月 日

(あて先)
新宮市長

所在地
届出者 名 称
代表者氏名

㊟

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		名 称											
		所在地											
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容											
1	事業所の名称	(変更前)											
2	事業所の所在地												
3	主たる事務所の所在地												
4	代表者の氏名、生年月日及び住所												
5	登記事項証明書又は条例等（当該事業に関する者に限る。）	(変更後)											
6	事業所の平面図												
7	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所												
8	運営規程												
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号												
変 更 年 月 日		年 月 日											

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容が分かる書類を添付してください。