

様式第2号(第3条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

大 空 町 長 様

所 在 地
事 業 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。

指定内容を変更した事業所(施設)		介護保険 事業者番号								
サ ー ビ ス の 種 類		名称								
変 更 が あ っ た 事 項		所在地								
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										
4 主たる事務所の所在地										
5 代表者の氏名、住所及び職名										
6 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。)										
7 事業所・施設の建物の構造、専用区画等										
8 事業所・施設の管理者の氏名及び住所		(変更後)								
9 運営規程										
10 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関										
11 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制										
12 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項										
13 役員の氏名及び住所										
14 本体施設、本体施設との移動経路等										
15 併設施設の状況等										
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。