

指定地域密着型サービス事業所
 指定地域密着型介護予防サービス事業所 変更届出書

年 月 日

四日市市長

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、介護保険法の規定に基づき、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												
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	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、生年月日及び住所												
9	運営規程												(変更後)
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	本体施設、本体施設との移動経路等												
13	併設施設の状況等												
14	介護支援専門員の氏名及びその登録番号												
15	その他												
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。

この届出についての連絡先

担当者：

TEL：

FAX：