

変更届出書

年 月 日

牧之原市長

所在地
届出者 名 称
代表者職・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。

		介護保険事業所番号									
指定内容を変更した事業所等		名称									
		所在地	(郵便番号 —)								
		電話番号									
サービスの種類											
変更年月日		年 月 日									
変更があった事項(該当に○)		変更の内容									
	事業所(施設)の名称	(変更前)									
	事業所(施設)の所在地										
	申請者の名称										
	主たる事務所の所在地										
	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所										
	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)										
	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等										
	事業所(施設)の管理者並びに計画作成担当者の 氏名、生年月日及び住所	(変更後)									
	運営規程										
	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関										
	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										
	本体施設、本体施設との移動経路等										
	併設施設の状況等										
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										
	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地										
	その他()										

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。