

様式第3号（第6条関係）

変 更 届 出 書

年 月 日

琴平町長 様

申請者 住 所
名 称 ⑩
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		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	事業所の名称	(変更前)
2	事業所の所在地	
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	登録事項証明書等（当該事業に関するものに限る。）	(変更後)
7	事業所の建物の構造、専用区画等	
8	事業所の管理者の氏名及び住所	
9	運営規程	
10	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。