

変更届出書

年 月 日

琴平町長 様

住所
届出者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

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等		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（開設者）の氏名、生年月日及び住所										
6	登記事項証明書・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	(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	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										
変更年月日		年 月 日									
担当者（連絡先 電話番号）											

- 備考 1 変更があった事項については、該当する番号を○で囲んでください。
2 変更内容が分かる書類を添付してください。