

変 更 届 出 書

年 月 日

(宛先) 大泉町長

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（施設）		所在地 ----- 名 称												
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	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	(変更後)												
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所													
9	運営規程													
10	サービス費の請求に関する事項													
11	役員の氏名及び住所													
12	その他													
変 更 年 月 日		年 月 日												

備考 該当項目番号を○で囲んでください。