

中井町長 殿

所在地  
 事業者 名称  
 代表者の職・氏名

中井町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

次のとおり指定事業者の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	フリガナ								
	所在地	郵便番号								
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、生年月日、住所及び職名									
6	定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）	(変更後)								
7	事業所の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するもの）並びに設備の概要									
8	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴									
9	運営規程									
10	その他（ ）									
変更年月日		年 月 日								

- 備考1 該当する項目の番号を○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。