

記入する必要はありません。

受付番号

介護保険法第115条の32第3項に基づく業務管理体制に係る届出書(届出事項の変更)

届出日を記入して下さい。

年 月 日

(宛先) 紀の川市長 様

事業者の名称、代表者氏名等は登記内容等と一致させてください。

所在地

事業者 名称

代表者氏名

事業者(法人)番号を記入して下さい。

このことについて、次のとおり関係書類を添えて届出してください。

事業者(法人)番号

変更があった事項

- 1 法人の種別、名称(フリガナ)
- 2 主たる事務所の所在地、電話、ファクシミリ番号
- 3 代表者氏名(フリガナ)、生年月日
- 4 代表者の住所、職名
- 5 事業所名称等及び所在地
- ⑥ 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日
- 7 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要
- 8 業務執行の状況の監査の方法の概要

届出事項に変更があった場合は「変更があった事項」欄の該当する項目番号に○をつけ、「変更の内容」欄に具体的に記入して下さい。

変更の内容

(変更前)

法令遵守責任者氏名 紀の川 花子(キノカワ ハナコ) 生年月日 昭和〇〇年〇月〇日

(変更後)

法令遵守責任者氏名 紀の川 一郎(キノカワ イチロウ) 生年月日 昭和〇〇年〇月〇日

事業者の名称、住所、法人の種別、代表者の職名、代表者の住所は登記内容等と一致させて下さい。