

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2項(整備)又は第4項

事業者の名称、代表者氏名等(登記簿の変更)に基づく業務管理体制に係る届出書
内容等と一致させてください。

年 月 日

届出日を記入して下さい。

紀の川市長 様

※届出にあたっては、指定を受けている
全ての事業所の名称及び住所等を記載した一覧
表を添付して下さい。(任意の様式で可)

所在地 紀の川市西大井〇〇〇番地
事業者 名称 紀の川株式会社
代表者氏名 紀の川 太郎

このことについて、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者(法人)番号欄に記入する
必要はありません。

事業者(法人)番号

1 届出の内容

- (1) 介護保険法第115条の32第2項関係(整備)
- (2) 介護保険法第115条の32第4項関係(区分の変更)

業務管理体制を整備し、届け出る場合は
(整備)に○を付けて下さい。

| | | | | | | |
|------------------|--|---|--------------|------------|------------------|------|
| 2 事 業 者 | フリガナ | キノカワカブシキカイシャ | | | | |
| | 名称 | 紀の川株式会社 | | | | |
| | 住所 (主たる事務所の所在地) | (郵便番号 649-6492) 和歌山 都道 紀の川 区市 西大井〇〇〇番地 (ビルの名称等) | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 0736-77-〇〇〇〇 | ファクシミリ番号 | 0736-77-〇〇〇〇 | |
| | 法人の種別 | 営利法人 | | | | |
| | 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 代表取締役 | フリガナ 氏名 | キカワ 太郎 紀の川 太郎 | 生年月日 |
| 代表者の住所 | (郵便番号 649-6492) 和歌山 都道 紀の川 区市 〇〇町〇〇番地 (ビルの名称等) | | | | | |

3 事業所名称等
及び所在地

事業所名称 | 指定(許可)年月日 | 介護保険事業所番号(医療機関等コード) | 所在地

- 介護予防及び総合事業を含む事業所等を記入して下さい。
- 「事業所名称」欄の最後に事業所等の合計数を記入して下さい。
- 欄内に書ききれない場合は、記入を省略し別添資料(A4用紙)を添付して下さい。

4 介護保険法施行
規則第140条の40第
1項第2号から第
4号までに基づく
届出事項

第2号 | 法令順守責任者の氏名(フリガナ) | 生年月日
紀の川 花子(キカワ ハナコ) | 昭和〇〇年〇月〇日

- 届出事項について該当する番号全てに○をつけて下さい。
- 第2号については、氏名(フリガナ)及び生年月日を記入して下さい。
- 第3号及び第4号を届け出る場合は、概要等がわかる資料を添付して下さい。
(添付資料はA4用紙により、既存資料の写し及び両面印刷したもので結構です)

5 区分変更

行政機関変更前機関名称、担当部(局)課
事業者(法人)番号
区分変更の理由
区分変更後行政機関名称、担当部(局)課
区分変更日

体制整備のための最初の届出のため、区分
変更欄は記入する必要はありません。

年 月 日