紀の川市介護予防・日常生活支援総合事業委託事業者変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　（宛先）紀の川市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　名　　　称　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　次のとおり内容を変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 事業者番号 |  |
| 事　業　所　名　称 |  |
| 事　業　所　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 | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| ６ | 登記事項証明書又は条例等 |
| 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 | その他 |
| 　　　　　変　更　年　月　日 | 　　　年　　　月　　　日 |

備考　 １　該当項目番号に〇で囲んでください。

　　　 ２　変更内容が分かる書類を添付してください。