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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。