

様式第2号

指定地域密着型サービス事業所  
指定地域密着型介護予防サービス事業所

変更届出書

年 月 日

五 泉 市 長 様

開設者 住所  
(所在地)  
氏名  
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業者番号								
指定内容を変更した事業所等		名称								
		所在地								
サービスの種類										
変更年月日		年			月			日		
変更があった事項(該当に○)		変更の内容								
	事業所(施設)の名称	(変更前)								
	事業所(施設)の所在地									
	申請者の名称									
	主たる事務所の所在地									
	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所									
	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)									
	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等									
	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所	(変更後)								
	運営規程									
	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関									
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等 との連携・支援体制									
	本体施設、本体施設との移動経路等									
	併設施設の状況等									
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号									

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。