

様式第2号（第3条関係）

変更届出書

年 月 日

名寄市長 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。

		介護保険事業所番号											
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	（変更後）											
	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所												
	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。