様式第２号（第３条関係）

介護保険業務管理体制変更事項届出書

年　　月　　日

　総社市長　　　　　　様

事業者　名称

代表者氏名

　このことについて，下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業者（法人）番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更があった事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １　法人の種別，名称（フリガナ）  ２　主たる事務所の所在地，電話，FAX番号  ３　代表者氏名（フリガナ），生年月日  ４　代表者の住所，職名  ５　事業所名称等及び所在地  ６　法令遵守責任者の氏名（フリガナ）及び生年月日  ７　業務が法令に適合することを確保するための規程の概要  ８　業務執行の状況の監査の方法の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 変更の内容 |
| （変更前） |
| （変更後） |