

様式第2号(第3条関係)

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

鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様

所在地
開設者 名称
代表者 職名
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											
	計画作成担当者の氏名											