様式第２号

|  |
| --- |
| 変　更　届　出　書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　倉吉市長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者（事業者）　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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（施設） | 名称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 |  |
| 変　更　が　あ　っ　た　事　項 | 変　更　の　内　容 |
| １ | 事業所の名称 | （変更前） |
| ２ | 事業所の所在地・電話・FAX番号 |
| 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 | 定款･寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る） |
| ７ | 事業所の建物の構造、専用区画等 | （変更後） |
| ８ | 事業所の管理者の氏名及び住所 |
| ９ | 運営規程 |
| 10 | 重要事項説明書 |
| 11 | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に関する事項 |
| 12 | 役員の氏名及び住所 |
| 13 | その他 |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 |

備考　１　該当項目番号に〇を付してください。

　　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。