様式第２(第７条関係)

大口町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定変更届出書

年　　月　　日

　　　大口町長　　　　　　　様

所在地

事業者　　名称　　　　　　　　　　　　　　　印

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・施設の名称 | (変更前) | | | | | | | | |
| 2 | 事業所・施設の所在地 |
| 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 | 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。) | (変更後) | | | | | | | | |
| 7 | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 |
| 8 | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | その他 |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |

備考　1　該当項目番号に○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。