

変 更 届 出 書

令和 年 月 日

浦幌町長 様

所在地  
申請者 名称  
代表者

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		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										
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、生年月日、住所及び職名										
6	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	(変更後)									
7	事業所の建物の構造、専用区画等										
8	事業所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		令和 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。