

年 月 日

あきる野市長 殿

所在地
事業者 名称
代表者名

㊟

指定介護予防支援事業所変更届出書

次のとおり指定を受けた内容を変更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		名称	
		所在地	
番号	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	主たる事務所の所在地		
4	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名		
5	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。)		
6	事業所の平面図	(変更後)	
7	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所		
8	運営規程		
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		
10	その他 ()		
変更年月日		年	月 日

備考

- 1 該当項目番号に○印を付してください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。