様式第2号(第3条関係)

変更届出書

令和　　年　　　月　　　日

　　吉田町長　　様

住所

申請者(所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)　　　　　　　　印

　　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者 | | 名称 | |
| 所在地 | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | |
| 1 | 事業者の名称、所在地 | (変更前) | |
| 2 | 主たる事務所の所在地 |
| 3 | 代表者の氏名、生年月日及び住所 |
| 4 | 登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。) |
| 5 | 事業者の平面図 |
| 6 | 事業者の管理者等の氏名、生年月日及び住所 | (変更後) | |
| 7 | 運営規程 |
| 8 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |
| 9 | 従業者の勤務体制及び勤務形態 |
| 10 | 関係市町村並びに他の保険医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容 |
| 変更年月日 | | 令和　　年　　　月　　　日 | |

備考　1　該当する事項の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。