様式第2号(第3条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 介護保険法第115条の32第3項に基づく業務管理体制に係る届出書(届出事項の変更) |  |

年　　月　　日

　鹿沼市長　　　　　　　　　　宛

事業者　名称

代表者氏名

　このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業者(法人)番号 | Ａ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更があった事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1　法人の種別、名称(フリガナ)  2　主たる事務所の所在地、電話、FAX番号  3　代表者氏名(フリガナ)、生年月日  4　代表者の住所、職名  5　事業所名称等及び所在地  6　法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日  7　業務が法令に適合することを確保するための規程の概要  8　業務執行の状況の監査の方法の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 変更の内容 |
| (変更前) |
| (変更後) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先 | 所　　属 |  | メール アドレス |  | 電話番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |