

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

行政機関の長 殿

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。

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、電話番号、F A X 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					