別記様式第３号（第６条関係）

**変　更　届　出　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

海　田　町　長　　様

所　在　地

事 業 者 名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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所（施設） | | 名　称 | |
| 所在地 | |
| サ　―　ビ　ス　の 種 類 | |  | |
| 変 更 が あ っ た 事 項 | | 変　更　の　内　容 | |
| １ | 事業所・施設の名称 | （変更前） | |
| ２ | 事業所・施設の所在地 |
| 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，住所及び職名 |
| ６ | 定款･寄附行為等及びその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。） |
| ７ | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 | （変更後） | |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 |
| ９ | サービス提供責任者の氏名及び住所 |
| 10 | 運営規程 |
| 11 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
| 12 | 役員の氏名及び住所 |
| 13 | その他 |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　月　　　日 | |

備考　１　該当項目番号に〇で囲んでください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。

３ 用紙の大きさは，日本工業規格Ａ列４番とする。