

第2号様式(第3条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

(宛先)

戸田市長

所在地

事業者 名 称

代表者氏名

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							
サービスの種類									
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	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								
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所	(変更後)							
9	運営規程								
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関								
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、 病院等との連携・支援体制								
12	本体施設、本体施設との移動経路等								
13	併設施設の状況等								
14	計画作成担当者(介護支援専門員)の氏 名・住所等								
変 更 年 月 日		年 月 日							

- 備考 1 該当項目番号に○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。