

受付番号

介護保険法第115条の32第2項(整備)又は第4項  
(区分の変更)に基づく業務管理体制に係る届出書

年 月 日

(宛先)焼津市長

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

<b>1 届出の内容</b>					
(1) 法第115条の32第2項関係 (整備)					
(2) 法第115条の32第4項関係 (区分の変更)					
<b>2 事業者</b>	フリガナ				
	名 称				
	主たる事務所の所在地		( 〒 - ) 都道府県 郡市区		
	<small>※都道府県名から記載して下さい</small>		(ビルの名称等 : 電話番号 FAX番号		
	法人の種別				
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ氏名	生年月日	年 月 日
<b>3 事業所名称等及び所在地</b>	事業所名称		指定(許可)年月日	介護保険事業所番号(医療機関コード)	所在地
	計 カ所				
<b>4 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項</b>	第 2 号	法令遵守責任者の氏名(フリガナ)		生年月日	
	第 3 号	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			年 月 日
	第 4 号	業務執行の状況の監査の方法の概要			
<b>5 区分変更</b>	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課				
	事業者(法人)番号		A <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>		
	区分変更の理由				
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課				
	区分変更日		年 月 日		

<b>連絡先</b>	所属		メール アドレス	電話 番号
	フリガナ			
	氏名			