

第8号様式(第8条関係)

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

(宛先)焼津市長

事業者 名称  
代表者氏名

印

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

変更があった事項  
(該当の項目すべてに○をつける)

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| 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(事業所の指定・廃止等により事業所数に変化が生じ、整備する業務管理体制が変更された場合のみ届出。下記備考参照) |                       |
| 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)

備考

5の項目で届け出る場合、変更前欄と変更後欄のそれぞれに、指定等事業所等の合計数を記入してください。変更後の欄に追加又は廃止等となった事業所等の名称、指定(許可)年月日、介護保険事業所番号(医療機関等コード)、事業所所在地を記入してください。書ききれない場合は、記入を省略し別添資料として変更前と変更後のそれぞれの「事業所一覧」を添付してください。

## 事業所一覧 (参考様式)

事業所番号	事業所名称	サービス種類	指定(許可) 年月日	所在地	事業 所数
			年 月 日		1
			年 月 日		2
			年 月 日		3
			年 月 日		4
			年 月 日		5
			年 月 日		6
			年 月 日		7
			年 月 日		8
			年 月 日		9
			年 月 日		10
			年 月 日		11
			年 月 日		12
			年 月 日		13
			年 月 日		14
			年 月 日		15
			年 月 日		16
			年 月 日		17
			年 月 日		18
			年 月 日		19
			年 月 日		20