

受付番号には記入しない。

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(法人)の名称・代表者氏名は、登記内容等と一致させる。

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

1 届出の内容		(1) 法第115条の32第2項関係 (整備)		業務管理体制の整備の届出の場合は(整備)に、届出区分を変更する場合は(区分の変更)に○をつける。	
		(2) 法第115条の32第4項関係 (区分の変更)			
2 事業者	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	(〒 -)	都道府県	郡市区	「2事業者」欄は、登記内容等と一致させる。
	※都道府県名から記載して下さい	(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
3 事業所名称等及び所在地	代表者の住所	(〒 -)	都道府県	郡市区	「3 事業所名称等及び所在地」には、医療のみなし指定や総合事業は除く。書ききれない場合は資料を添付。
	※都道府県名から記載して下さい	(ビルの名称等 :			
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	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			第3号、第4号には、概要等がわかる資料を添付する。
5 区分変更	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課				
	事業者(法人)番号	A			
	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			
連絡先	所属	この届出に係る連絡先を記入。			電話番号
	フリガナ				
	氏名	メールアドレス			

連絡先	所属	この届出に係る連絡先を記入。			電話番号
	フリガナ				
	氏名	メールアドレス			