

第1号様式

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

平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

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							
1 届出の内容							
(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)							
事業者	フリガナ 名 称	-----					
	2 住 所 (主たる事務所 の所在地)	(郵便番号 - ) 都道 府県 (ビルの名称等)	郡 市 区				
	連 絡 先	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	
	代表者の住所	(郵便番号 - ) 都道 府県 (ビルの名称等)	郡 市 区				
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	3 事業所名称等 及 び 所 在 地	事業所名称 計 力所	指定(許可)年月日	介護保険事業所番号(医療機関等コード)	所 在 地		
	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					
第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要						
区分 変 更	5 区分変更前行政機関名称、担当部(局)課						
	事業者(法人)番号						
	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 变 更 日		年 月 日				

(日本工業規格A列4番)