

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）																	
	2	フリガナ 名 称																
		住 所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)															
			連絡先	電話番号				F A X 番号										
			法人の種類別															
		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 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)															
	3	事業所名称等 及び所在地	事業所名称	指定(許可)年月日	介護保険事業所番号(医療機関等コード)				所 在 地									
計 力所																		
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															
		第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要															
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																
		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																

(日本工業規格A列4番)