

第 2 号様式

受付番号

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）

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																			
変 更 が あ っ た 事 項																			
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 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)	