様式第7号（第6条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定内容変更届出書

年　　月　　日

菊　池　市　長　様

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業（開設）者（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(名称及び代表者職・氏名）

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所(施設) | 名称 |
| 所在地 |
| 電話番号 |
| サービスの種類 |  |
| 変更があった事項 | 変更の内容 |
| 1 | 事業所（施設）の名称 | （変更前） |
| 2 | 事業所（施設）の所在地 |
| 3 | 主たる事務所の所在地 |
| 4 | 代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所 |
| 5 | 登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。） |
| 6 | 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等 | （変更後） |
| 7 | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 |
| 8 | サービス提供責任者の氏名及び住所 |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | 役員の氏名及び住所 |
| 11 | その他 |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 |

備考　１　該当項目番号に○を付してください。

　　　　 ２　変更内容が分かる書類を添付してください。