

高砂お元気になりましょうサービス（短期集中予防サービス事業）  
指定事業者変更届出書

年 月 日

高砂市長 様

所在地

申請者 法人名

代表者名

指定を受けた内容を変更しましたので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		介護保険事業所番号													
指定内容を変更した事業所		名称 (郵便番号      -      ) 所在地													
サービスの種類															
変更があった事項		変 更 の 内 容													
1	事業所の名称	(変更前)													
2	事業所の所在地														
3	事業者（開設者）の名称														
4	主たる事務所の所在地														
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名														
6	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）														
7	事業所の建物の構造、平面図等	(変更後)													
8	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所														
9	サービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所														
10	運営規程														
11	役員の氏名、生年月日及び住所														
12	その他														
変 更 年 月 日		年 月 日													
届 出 書 担 当 者		連 絡 先													

備考

- 1 該当項目番号に○印を付けること。
- 2 変更内容が分かる書類を添付すること。
- 3 変更があったときは、10日以内に届け出ること。