第２号様式

　　　　　　　　 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）

 　　　年　　月　　日

福 山 市 長 様

 事業者　名　　　称

 代表者名前

見出しのことについて，次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 事業者（法人）番号 | A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変 更 が あ っ た 事 項（１～８の該当するところに〇をつけること。） |
| １ | 法人の種別，名称（フリガナ） |
| ２ | 主たる事務所の所在地，電話番号，ＦＡＸ番号 |
| ３ | 代表者の名前（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　※事業所等の数に変更が生じ，整備する業務管理体制が変更された場合にのみ届け出ること。 |
| ６ | 法令遵守責任者の名前（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) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先 | 所属 |  | メールアドレス |  | 電話番号 |  |
| フリガナ |  |
| 名前 |  |

　　2020‐介護‐649　A4　再生55　2021．4　100