

第1号様式（第2条・第4条関係）

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の3第2項（整備）又は第4項（区分変更）に基づく業務管理体制に係わる届出書

平成 年 月 日

行政機関の長 様

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3第2項関係（整備）											
	(2) 法第115条の3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)	(〒 -) 都道 群 市 府県 区 ----- (ビルの名称等)									
		連 絡 先	電話番号					F A X 番号				
		法人の種別										
	業 者	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	(〒 -) 都道 群 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	所在地					
		計	ヶ所									
4	介護保険法施行第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定の概要									
		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												

