様式第２号（第３条関係）

年　　月　　日

　あきる野市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　㊞

指定介護予防支援事業所変更届出書

　次のとおり指定を受けた内容を変更したので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |
| 指定内容を変更した事業所 | 名称 |
| 所在地 |
| 番号 | 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 | 主たる事務所の所在地 |
| ４ | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| ５ | 登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） |
| ６ | 事業所の平面図 | (変更後) |
| ７ | 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所 |
| ８ | 運営規程 |
| ９ | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 10 | その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更年月日 | 　　年　　月　　日 |

備考

　１　該当項目番号に○印を付してください。

　２　変更内容が分かる書類を添付してください。