変　更　届　出　書

　　　　　 　 年 月 日

田村市長　　 様

　　　　 住所又は所在地

事業者(開設者)

　 　　　　　　　　　　氏名又は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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | | 名　称 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | 変更の内容 | | | | | | | | | | | |
| 1 | 事業所の名称 | | （変更前） | | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所の所在地 | |
| 3 | 申請者の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 | 定款・寄附行為等及びその登記簿謄本・条  例等（当該事業に関するものに限る） | |
| 6 | 事業所の建物の構造、専用区画等 | |
| 7 | 事業所の管理者の氏名、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 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 | |
| 11 | 事業所の種別 | | （変更後） | | | | | | | | | | | |
| 12 | 提供する居宅療養管理指導の種類 | |
| 13 | 事業実施形態 | |
| 14 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病  院等との連携・支援体制 | |
| 15 | 併設施設の状況等 | |
| 16 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | |
| 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　変更内容がわかる書類を添付してください。

本届出担当者　職氏名

連絡先 tel. 　　　 　 　 fax.