年　　月　　日

　　（宛先）五島市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　　名　称　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総合事業事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | 名称 |
| 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 | 申請者の名称 |
| ４ | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| ５ | 定款・寄附行為等及びその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 | 事業所の建物の構造、専用区画等 | （変更後） |
| ７ | 事業所の管理者の氏名及び住所 |
| ８ | 運営規程 |
| ９ | 役員の氏名及び住所 |
| １０ | 定員 |
| １１ | その他 |
| 変　更　年　月　日 | 　　　年　　　月　　　日 |

備考　１　該当項目番号に〇を付してください。

　　　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。