

様式第3号（第3条関係）

指定地域密着型サービス事業所  
指定地域密着型介護予防サービス事業所 変更届出書

年 月 日

可児市長 様

事業者 所在地

名称

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。

介護保険事業所番号										
指定内容を変更した事業所（施設）		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（施設）の名称	(変更前)								
2	事業所（施設）の所在地									
3	申請者の名称									
4	主たる事務所の所在地									
5	代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名									
6	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。）									
7	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等									
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び 経歴	(変更後)								
9	運営規程									
10	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関									
11	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									
12	本体施設、本体施設との移動経路等									
13	併設施設の状況等									
14	介護支援専門員の氏名及び登録番号等									
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 変更内容が分かる書類を添付してください。  
3 変更した日から10日以内に届け出てください。