

受付番号

介護保険法第115条の32第2項(整備)又は第4項
(区分の変更)に基づく業務管理体制に係る届出書

年 月 日

(あて先)
大津市長

事業者 名 称
代表者氏名

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				A														
1	届出の内容																			
	(1)法第115条の32第2項関係(整備)																			
(2)法第115条の32第4項関係(区分の変更)																				
2	フリガナ名 称																			
	主たる事務所の所在地		(〒 -)																	
			都道府県						郡市区											
			(ビルの名称等)																	
			電話番号						FAX番号											
3	法人の種別																			
	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		(〒 -)																	
		都道府県						郡市区												
		(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(医療機関等コード)				所在地									
			計 力所																	
4	介護保険法施行規則第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程の概要															
			第4号		業務執行の状況の監査の方法の概要															
5	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課																			
	事業者(法人)番号		A																	
	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																		

連絡先	所属				メール アドレス			電話 番号		
	フリガナ									
	氏名									