

第3号様式(第2条関係)

変更届出書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

事業(開設)者 住所
(所在地)
氏名 印
(名称及び代表者職・氏名)

次のとおり指定(許可)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	事業(開設)者の名称・主たる事務所の所在地																			
4	代表者の職・氏名, 生年月日及び住所																			
5	定款・寄附行為及びその登記事項証明書, 条例等(当該事業に関するものに限る。)																			
6	事業所(施設)の建物の構造, 専用区画等																			
7	備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。)																			
8	事業所(施設)の管理者の氏名, 生年月日及び住所(介護老人保健施設を除く。)																			
9	サービスの提供責任者の氏名及び住所																			
10	変更後														(変更後)					
11	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関																			
12	事業所の種別																			
13	提供する居宅療養管理指導の種類																			
14	事業実施形態(単独型, 本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用型・併設型の別)																			
15	入院患者又は入所者の定員																			
16	福祉用具の保管及び消毒方法(委託している場合にあつては, 委託先の状況)																			
17	併設施設の状況等																			
18	役員の氏名, 生年月日及び住所																			
19	介護支援専門員の氏名及びその登録番号																			
20	その他																			
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 この様式は, 九州各県(沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので, 宛先を書き換えていただければ, 九州各県で使用できます。