|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第２号（第３条関係）年　　月　　日　　　（宛先）　　滋賀県知事届出者　主たる事務所の所在地名称代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　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（施設） | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 事業の種類 |  |
| 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（設置の場所） |
| ３ | 事業者（設置者）の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、住所および職名 |
| ６ | ※定款・寄附行為等およびその登記事項証明書または条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）「※定款・寄附行為等」は就労継続支援Ａ型事業所のみ |
| ７ | 提供する障害福祉サービスの種類 |
| ８ | 第三者に委託することにより提供する障害福祉サービスの種類ならびに第三者の事業所の名称および所在地 |
| ９ | 事業所（施設）の平面図および設備の概要 |
| 10 | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所および経歴 | （変更後） |
| 11 | 事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所および経歴 |
| 12 | 事業所（施設）のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所および経歴 |
| 13 | 事業所の指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日、住所および経歴 |
| 14 | 主たる対象者 |
| 15 | 運営規程 |
| 16 | 事業所の種別（併設型・空床型の別） |
| 17 | 併設型における利用者の推定数または空床型における当該施設の入所者の定員 |
| 18 | 協力医療機関の名称および診療科名ならびに当該協力医療機関との契約内容 |
| 19 | 他の障害福祉サービス事業所等との連携体制および支援の体制の概要 |
| 20 | 連携する公共職業安定所等の名称 |
| 変　　　更　　　年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |

　注１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とします。２　該当項目番号に○を付してください。３　変更内容がわかる書類を添付してください。４　変更の日から10日以内に届け出てください。 |