**様式第２号**（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

介護保険法第115条の32第３項に基づく業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）

年　　月　　日

（宛先）

滋賀県知事

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変　更　が　あ　っ　た　事　項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １　法人の種別、名称（フリガナ）  ２　主たる事務所の所在地、電話番号、ＦＡＸ番号  ３　代表者氏名（フリガナ）、生年月日  ４　代表者の住所、職名  ５　事業所名称等および所在地  ６　法令遵守責任者の氏名（フリガナ）および生年月日  ７　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  ８　業務執行の状況の監査の方法の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 変更の内容 |
| （変更前） |
| （変更後） |

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

注　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とします。