**様式第１号**（第２条、第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

介護保険法第115条の32第２項（整備）または第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

（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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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　　　　事　　　　業　　　　者 | フリガナ名　　　　　称 |  |
|  |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　－　　　　）都道　　　　　郡　市府県　　　　　区 |
| （ビルの名称等） |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 法 人 の 種 別 |  |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 氏　　名 |  |
| 代表者の住所 | （〒　　－　　　　）都道　　　　　郡　市府県　　　　　区 |
| （ビルの名称等） |
| ３　事業所名称等および所在地 | 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　　か所 |  |  |  |
| 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号までの規定に基づく届出事項 | 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 | 区分変更前行政機関名称、担当部（局）課 |  |
| 事業者（法人）番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |

注　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とします。