様式第11号の６（第９条の３、第10条の９関係）

変　　　更　　　届　　　出　　　書

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 つ 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 | 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。） | |
| ７ | 医療法第７条の許可を受けた病院または診療所 であること。 | |
| ８ | 事業所（施設）の平面図および設備の概要 | | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ９ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住 所および経歴 | |
| 10 | 事業所（施設）の児童発達支援管理責任者の氏 名、生年月日、住所および経歴 | |
| 11 | 主たる対象者 | |
| 12 | 運営規程 | |
| 13 | 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 | |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

注１　該当項目番号に○を付してください。

２　変更内容がわかる書類を添付してください。

３　変更の日から10日以内に届け出てください。

４　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とします。