

受付番号

介護保険法第 115 条の 32 第 2 項(整備)又は第 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

昭島市長 殿

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		A																
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	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																	
	業 者	代表者の職名・ 氏名・生年月日	職名			フリガナ 氏 名			生年 月日	年 月 日										
		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 及び所在地	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 力所																		
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		A																	
	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					

(日本工業規格A列4番)