

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 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			F A X 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 画 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				