

## 変 更 届 出 書

年 月 日

九度山町長 様

所在地

事業者 名称

(印)

代表者氏名

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。

		介護保険事業所番号											
指定内容を変更した事業所 (施設)		名称											
		-----											
		所在地											
サービスの種類													
変更があった事項		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												
3	申請者の名称												
4	主たる事務所の所在地												
5	代表者の氏名、住所及び職名												
6	申請者の登録事項証明書又は条例等 (当該事業に関するものに限る。)												
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等	(変更後)											
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所												
9	運営規程												
10	従業者の氏名及び資格の状況												
11	その他												
変 更 年 月 日		年 月 日											

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。  
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。