

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の3第3項に基づく
業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

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。

記

事業者（法人）番号																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変 更 が あ っ た 事 項

- | |
|-----------------------------|
| 1 法人の種別、名称(フリガナ) |
| 2 主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号 |
| 3 代表者氏名(フリガナ)、生年月日 |
| 4 代表者の住所、職名 |
| 5 事業所名称等及び所在地 |
| 6 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日 |
| 7 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 |
| 8 業務執行の状況の監査の方法の概要 |

変 更 の 内 容

(変更前)

(変更後)

連絡先	所属		メール アドレス	電話番号
	フリガナ			
	氏名			