

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

朝来市長 様

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		事業者(法人)番号												
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													
	住 所 (主たる事業所 の所在地)	(郵便番号 ー) 県 市												
		(ビルの名称等)												
	連 絡 先	電話番号					FAX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	(郵便番号 ー) 県 市												
	(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					
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定の概要											
		第4号	業務執行の状況の監査方法の概要											
5 区 分 変 更	区分変更前行政機関名称、担当課													
	事業者(法人)番号													
	区分変更の理由													
	区分変更後行政機関名称、担当課													
	区分変更日													