

年 月 日

知事殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

老人福祉法上に規定する事業所について、次のとおり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				
		法人番号				
変更内容	変更年月日		年 月 日			
	変更があった事項(該当に○)		変更の内容			
	事業の種類及び内容		(変更前)			
	経営者の氏名(法人であるときは、その名称)					
	経営者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地)					
	主な職員の氏名					
	事業を行おうとする区域					
	事業所の名称		(変更後)			
	事業所の種類					
	事業所の所在地					
	事業所の入所定員、登録定員又は入居定員					
	その他					
備考 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。						
経営者・法人	フリガナ					
	氏名(名称)					
	住所(主たる事業所の所在地)	(郵便番号 都 道 市 区 府 県 町 村				
	連絡先	電話番号 (内線) FAX番号				
		Email				
法人等の種類						
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
事業所	フリガナ					
	名 称					
	事業の種類	<input type="checkbox"/> 老人居宅介護等事業 <input type="checkbox"/> 老人デイサービス事業 <input type="checkbox"/> 老人短期入所事業 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業 <input type="checkbox"/> 認知症対応型老人共同生活援助事業 <input type="checkbox"/> 複合型サービス福祉事業				
	所在地	(郵便番号 都 道 市 区 府 県 町 村				
	連絡先	電話番号 (内線) FAX番号				
		Email				
	事業を行おうとする区域					
	主な職員	フリガナ				
		氏 名				
	入所／入居／登録定員		人 ※老人居宅介護等事業の場合は記入不要			
添付書類		別添のとおり				