

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

墨田区長 へ

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、つぎのとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者(法人番号)

変更があった事項	
1	法人の種別又は名称(フリガナ)
2	主たる事務所の所在地、電話番号又はFAX番号
3	代表者氏名(フリガナ)及び生年月日
4	代表者の住所又は職名
5	事業所名称等及び所在地
6	法令遵守者責任者の氏名(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		