

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				