

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の3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

墨田区長 あて

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																								
介護保険法第115条の3第2項関係(整備)																								
介護保険法第115条の3第4項関係(区分の変更)																								
2 事 業 者	フリガナ																							
	名 称																							
	主たる事務所の所在地		(〒 -) 都道 区市 府県 郡																					
			(ビルの名称等)																					
			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	(〒 -) 都道 区市 府県 郡																							
	(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																
		計 かつ																						
4 介護保険法施行規則第140条の4第1項第2号から第4号までに掲げる届出事項		第2号		法令遵守責任者の氏名(フリガナ)				生年月日		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程の概要																				
		第4号		業務執行の状況の監査の方法の概要																				
5 区 分 変 更	区分変更前行政機関名称、担当部(局)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及び担当部課																							
	区分変更日 年 月 日																							

連絡先	所 属			メー ル ア ド レ ス	電 話 番 号		
	フリガナ						
	氏 名						