第２号様式

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　　　　 介護保険法第115条の32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）

 　　令和　年　月　日

茨城県知事　　　　 殿

 事業者　名　　　称

 代表者氏名

 このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業者（法人）番号 | A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 変　更　が　あ　っ　た　事　項 |
| １　法人の種別､名称(ﾌﾘｶﾞﾅ)　２　主たる事務所の所在地､電話番号、ＦＡＸ番号３　代表者氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)､生年月日 　４　代表者の住所､職名　　　　　５　事業所名称等及び所在地６　法令遵守責任者の氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)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 |  |