

受付番号

介護保険法第115条の32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

夕張市長 様

事業者 住 所  
名 称  
代表者氏名

介護保険法第115条の32第2項(第4項)の規定により、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		(1)法第115条の32第2項関係（整備）		(2)法第115条の32第4項関係（区分の変更）		
2 事業者	フリガナ名 称					
	住 所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 - ) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)				
	連 絡 先	電話番号	F A X 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	(郵便番号 - ) 都道 郡 市 府県 区 (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 画 所					
4 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号までに掲げる事項	第2号	法令遵守責任者の氏名(フリガナ)		生年月日		
	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		<input type="text"/>			
	区分変更の理由					
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)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			

