

第2号様式（第3条関係）

変更届出書

年 月 日

小田原市長 様

住所
申請者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名） 印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業所番号								
指定内容を変更した事業所		名称								
		所在地								
変更があった事項		変更の内容								
1	事業所の名称	(変更前)								
2	事業所の所在地									
3	申請者の名称及び主たる事務所の所在地									
4	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名									
5	定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）									
6	事業所の平面図	(変更後)								
7	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所及び経歴									
8	運営規程									
9	当該申請に係る事業に係る介護予防サービス計画費の請求に関する事項									
10	役員の氏名、生年月日及び住所									
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号									
変更年月日		平成	年	月	日					

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容が分かる書類を添付してください。