

第1号様式（第2条、第4条関係）

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

匝瑳市長 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																		
	(1) 法第115条の3第2項関係（整備）																		
(2) 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																		
	住 所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 (ビルの名称等)																	
	連絡先	電話番号							ファックス										
	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											
	代表者の住所	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 (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	箇所																
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号に基 づく届出事項	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、担当部(局) 課																		
	区分変更日		年 月 日																