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

匝瑳市長　　あて

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																	

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　　-　　） 都道府県　　郡市 （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		ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名		生年月日	年　月　日
	代表者の住所	（郵便番号　　-　　） 都道府県　　郡市 （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					