第2号様式(第2条関係)

業務管理体制変更届出書

年　　月　　日

　福井県知事　様

所在地

届出者名称

代表者氏名

　介護保険法第115条の32第3項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 事業所(法人)番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 変更があった事項 | 変更の内容 |
| 1 | 法人種別、名称(フリガナ) | (変更前) |
| 2 | 主たる事務所の所在地、電話、FAX番号 |
| 3 | 代表者氏名(フリガナ)、生年月日 |
| 4 | 代表者の住所、職名 |
| 5 | 事業所名称等および所在地 |
| (変更後) |
| 6 | 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)および生年月日 |
| 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 | 業務執行状況の監査方法の概要 |

　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。

　　3　「5　事業所名称等および所在地」の変更にかかる届出は、事業者等の指定または廃止等によりその数に変動が生じ、介護保険法施行規則第140条の39各号に掲げる基準に基づき整備する業務管理体制に変更が生じた場合のみ必要です。