様式第２号（第５条関係）

変更届出書

年　　月　　日

長浜市長　　　　　あて

所在地

事業者　名　称　　　　　　　　印

代表者氏名

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業者番号 | |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | | 名　称 | |
| 所在地 | |
| サービスの種類 | | |  | |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 | |
| 変更があった事項（該当に○） | | | 変更の内容 | |
|  | 事業所の名称 | | （変更前） | |
|  | 事業所の所在地 | |
|  | 申請者の名称 | |
|  | 主たる事務所の所在地 | |
|  | 代表者の氏名、住所及び職名 | |
|  | 登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） | | （変更後） | |
|  | 事業所の建物の構造、専用区画等 | |
|  | 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所 | |
|  | 運営規程 | |
|  | その他 | |

備考　変更内容が分かる書類を添付してください。