

受付番号	
------	--

業務管理体制整備（区分変更）届出書

年 月 日

宇和島市長 様

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) 介護保険法第115条の32第2項関係（整備）																			
(2) 介護保険法第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 郡市 府県 区 (ビルの名称等)																	
	連絡先	電話番号							FAX番号										
	法人の種類別																		
	代表者の職名・ 氏名・生年月日	職名			フリガナ 氏名			生年月日			年	月	日						
	代表者の住所	(郵便番号 - ) 都道 郡市 府県 区 (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	か所																	
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											
	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																	

連絡先	所属			メール アドレス	電話 番号	
	フリガナ	-----				
	氏名	-----				