様式第１号（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

（宛先）小樽市長

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	A																

１　届出の内容							
	⑴　法第１１５条の３２第２項関係（整備）						
	⑵　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　　郡市区 （ビルの名称等）					
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号			
	法人の種別						
	代表者の職名、氏名及び生年月日	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　　－　　） 都道府県　　郡市区 （ビルの名称等）					
３　事業所の名称等及び所在地		事業所の名称		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号までに基づく届出事項		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	区分変更前の行政機関名称及び担当部（局）課	
	事業者（法人）番号	A
	区分変更の理由	
	区分変更後の行政機関名称及び担当部（局）課	
	区分変更日	年　月　日

連絡先	所属		ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		電話番号	
	ﾌﾘｶﾞﾅ					
	氏名					