

様式第2号（第3条関係）

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の3第3項に基づく
業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）

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																			
-----------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変 更 が あ っ た 事 項	
1	法人の種別及び名称（フリガナ）
2	主たる事務所の所在地、電話番号及びFAX番号
3	代表者の氏名（フリガナ）及び生年月日
4	代表者の住所及び職名
5	事業所の名称等及び所在地
6	法令遵守責任者の氏名（フリガナ）及び生年月日
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	業務執行の状況の監査の方法の概要

変 更 の 内 容	
（変更前）	
（変更後）	

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