様式第４号（第６条関係）

変　更　届　出　書

年　　月　　日

海南市長　様

事業者　所　在　地
　　名　　称
　　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（施設）		名　称
		所在地
サービスの種類		
変更があった事項		変　更　の　内　容
1	事業所・施設の名称	（変更前）
2	事業所・施設の所在地	
3	申請者の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名、住所及び職名	
6	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。）	
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等	（変更後）
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所	
9	サービス提供責任者（訪問事業責任者）の氏名及び住所	
10	運営規程	
11	サービス費の請求に関する事項	
12	その他	
変　更　年　月　日		年　　月　　日

備考　１　該当項目番号を〇で囲んでください。

　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。