様式第 535 号

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

盛岡市長　様

事業者 名　　称
代表者職・氏名　　印
（個人にあっては氏名）

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)法第 115条の32第２項関係（整備）						
	(2)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・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 事業所名称等及び所在地		事業所名称					
		計　カ所	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		
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(ﾌﾘｶﾞﾅ)		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					

（日本工業規格Ａ列４番）