

盛岡市長 様

主たる事務所の所在地
 届出者 名称
 代表者の職及び氏名 ㊟
 （個人にあつては、住所及び氏名）

盛岡市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業者）変更届出書

指定を受けた事業所の名称等に変更があつたので、次のとおり届け出ます。

		介護保険事業所番号																	
指定内容を変更した事業所		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	事業所の名称	(変更前)																	
2	事業所の所在地、電話番号及び連絡先																		
3	申請者の名称、主たる事務所の所在地及び連絡先																		
4	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名																		
5	事業所の平面図及び設備	(変更後)																	
6	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所																		
7	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴																		
8	運営規程																		
変 更 年 月 日		年 月 日																	

- 備考1 該当する番号を○で囲んでください。
 2 変更があつた事項に応じて必要な関係書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。