

第 1 号様式

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

宮崎県知事 殿

事業者 名 称
代表者氏名

印

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	フリガナ 名 称												
		住 所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)											
		連絡先	電話番号					FAX番号						
		法人の種類別												
		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 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)											
	3	事業所名称等 及び所在地		事業所名称	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 力所														
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						
			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)