

第 2 号様式

受付番号

介護保険法第 115 条の 32 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

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

変 更 が あ っ た 事 項

- |                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1、法人の種別、名称(フリガナ)            | 2、主たる事務所の所在地、電話、FAX番号 |
| 3、代表者氏名(フリガナ)、生年月日          | 4、代表者の住所、職名           |
| 5、事業所名称等及び所在地               |                       |
| 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)

(日本工業規格 A 列 4 番)