

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

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 A

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					
	主たる事務所の所在地	(〒 -)				
		都道府県	郡市	区		
		(ビルの名称等)				
	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					
	(〒 -)					
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 画 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	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課					
	事業者(法人)番号	A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	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				

連絡先	所属		メール アドレス	電話番号
	フリガナ			
	氏名			