

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

西予市長 様

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

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				
2	主たる事務所の所在地	(〒 -) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)			
2	電話番号			FAX番号	
業	法人の種別				
者	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
2	代表者の住所	(〒 -) 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	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課				
区	事業者（法人）番号				
分	区分変更の理由				
変	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課				
更	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					