

様式第5号（第15条関係）

年 月 日

（宛先）高松市長

申請者 主たる事務所の所在地  
 名称  
 代表者の氏名

⑨

高松市介護予防・生活支援サービス事業者変更届

次のとおり指定を受けた内容を変更したので、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（施設）		名称										
		所在地										
		電話番号（ ） -										
サービスの種類		介護予防訪問介護相当サービス										
		訪問型サービスA（A-1）										
		訪問型サービスA（A-2）										
		訪問型サービスA（A-3）										
		介護予防通所介護相当サービス										
		通所型サービスA										
		通所型サービスC										
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											
3	主たる事務所の所在地											
4	代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名											
5	定款等及びその登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）											
6	事業所の建物の構造、専用区画等	(変更後)										
7	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴											
8	サービス提供責任者及び訪問事業責任者の氏名、生年月日及び住所											
9	運営規程											
10	役員の氏名、生年月日及び住所											
変更年 月 日		年 月 日										
担当者名（連絡先電話番号）												

備考

- 1 変更があった事項については、該当する番号を○で囲んでください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。