

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

(あて先) 一宮市長

事業所の名称、代表者氏名は登記
内容と一致させてください。

〇〇年〇〇月〇日

事業者 名 称 株式会社 〇〇〇〇
代表者氏名 代表取締役 〇〇〇〇

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		業務管理体制を整備し届け出る場合は (整備) に○を付けてください。																	
	(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	カブシキカイシャ 〇〇〇〇〇〇																		
	名 称	株式会社 〇〇〇〇																		
	主たる事務所の所在地	(〒〇〇〇-〇〇〇〇)																		
		愛知 都道 一宮 郡 (市) 〇〇丁目〇〇番〇〇号																		
		府(県) 区																		
		(ビルの名称等)																		
		電話番号	0586-**-****					FAX番号	0586-**-****											
		営利法人																		
		職 名	代表取締役	フリガナ	〇〇〇 〇〇				生年	昭和〇年〇月〇日										
				氏 名	〇〇 〇〇				月 日											
		(〒〇〇〇-〇〇〇〇)																		
		愛知 都道 一宮 郡 (市) 〇〇丁目〇〇番〇〇号																		
		府(県) 区																		
		(ビルの名称等)																		
		事業所名称	指定(許可)年月																	
		計	4カ所																	
		第2号	法令遵守責任者の氏名(フリガナ)					生年月日												
			〇〇 〇〇(〇〇〇 〇〇)					昭和〇年〇月〇日												
		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		A																	
	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																

事業所の名称、住所、法人の種類、代表者の職名、代表者の住所は、登記内容と一致させてください。

届け出る事項について該当する番号全てに○を付けてください。
第2号については、氏名(フリガナ)及び生年月日を記入してください。
第3号及び第4号を届け出る場合は、概要等がわかる資料を添付してください。

サービス種別ごとに1事業所として数えてください。介護予防の指定を併せて受けている場合は2カ所となります。
事業所名称等及び所在地が書き切れない場合は、別紙に記載していただいても構いません。

業務管理体制を整備し届け出る場合は、5 の欄に記入する必要はありません。

連絡先	所属	〇〇部〇〇課		メール アドレス	***@*****	電話 番号	0586-**-****
	フリガナ	〇〇〇 〇〇					
	氏名	〇〇 〇〇					