

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		(1)法第115条の32第2項関係 (整備) 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。 (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																	
2	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		生年月日	昭和〇年〇月〇日											
				氏名	〇〇 〇〇														
		(〒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)																	
		(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					