

受付番号

介護保険法第115条の32第3項に基づく
業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）

〇〇年〇〇月〇日

（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。

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

一宮市が付番した事業者（法人）番号を
記入してください。

事業者（法人）番号 A

変 更 が あ っ た 事 項

- 1 法人の種別、名称(フリガナ)
- 2 主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号
- 3 代表者氏名(フリガナ)、生年月日
- 4 代表者の住所、職名
- 5 事業所名称等及び所在地
- ⑥ 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日
- 7 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
- 8 業務執行の状況の監査の方法の概要

届出事項に変更があった場合は「変更があった事項」欄の
該当する項目番号に○を付
け、「変更の内容」欄に具
体的に記入してください。

変 更 の 内 容

（変更前）

法令遵守責任者 氏名（フリガナ） 〇〇 〇〇 （〇〇〇 〇〇）
生年月日 昭和〇〇年〇月〇日

（変更後）

法令遵守責任者 氏名（フリガナ） △△ △△ （△△△ △△）
生年月日 昭和△△年△月△日

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				