

様式第 5 号（第 1 4 条関係）

能登町介護予防・生活支援サービス事業者変更届

年 月 日

（宛先）能登町長

届出者 住 所

氏 名

印

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							
サ ー ビ ス の 種 類									
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容							
1	事業所・施設の名称	（変更前）							
2	事業所・施設の所在地								
3	申請者・開設者の名称								
4	主たる事務所の所在地								
5	代表者の氏名，生年月日，住所及び職名								
6	登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）	（変更後）							
7	事業所・施設の建物の構造，専用区画等								
8	設備又は備品								
9	事業所・施設の管理者の氏名，生年月日，住所								
10	サービス提供責任者の氏名，生年月日，住所								
11	運営規程								
変 更 年 月 日		年 月 日							

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容が分かる書類を添付してください。