

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

平成 年 月 日

宮城県知事

殿

事業者 名 称
代表者氏名

印

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

| | | | | | |
|--|---|---|----------------------|------|-------|
| 1 届出の内容 | | (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 事業者 | フリガナ名 | フリガナ名 | | | |
| | 住所 (主たる事務所の所在地) | (郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等) | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | | |
| | | メールアドレス | | | |
| | 法人の種別 | | | | |
| | 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | フリガナ氏名 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 代表者の住所 | (郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等) | | | | |
| 3 事業所名称等及び所在地 | 事業所名称 | 指定(許可)年月日 | 介護保険事業所番号(医療機関等コード) | 所在地 | |
| | 計 力所 | | | | |
| 4 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項 | 第2号 | 法令遵守責任者の氏名(フリガナ) | | 生年月日 | |
| | 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 | | <input type="text"/> | | |
| | 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 | | | |