様式第２号（第８条関係）

十和田市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者指定変更（再開）届

年　　月　　日

十和田市長　様

所在地

事業者　　名称

代表者氏名

　次のとおり指定を受けた内容を変更・再開しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更・再開した事業所(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、所在地、電話番号、FAX番号 | (変更前) | | | | | | | | |
| ２ | 申請者の名称、主たる事務所の所在地 |
| ３ | 代表者の氏名、生年月日、住所、職名 |
| ４ | 登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。) |
| ５ | 事業所の平面図 |
| ６ | 設備の概要 | (変更後) | | | | | | | | |
| ７ | 利用者の推定数 |
| ８ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所 |
| ９ | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 |
| 10 | 運営規程 |
| 変更・再開年月日 | | 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。