

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）

年 月 日

大阪府知事 様

事業者 名 称  
代表者氏名

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																		
-----------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変 更 が あ っ た 事 項
-----------------

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1 法人の種別、名称(フリガナ)</li> <li>2 主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号</li> <li>3 代表者氏名(フリガナ)、生年月日</li> <li>4 代表者の住所、職名</li> <li>5 事業所名称等及び所在地</li> <li>6 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日</li> <li>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</li> <li>8 業務執行の状況の監査の方法の概要</li> </ol> |
|--|

変 更 の 内 容
-----------

(変更前)
-------

(変更後)
-------

連絡先	所属		メール アドレス		電話 番号	
	フリガナ					
	氏名					