

鹿児島市長 殿

事業（開設）者 所在地
 名 称
 代表者職・氏名

次のとおり指定（許可）を受けた内容を変更しま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	事業（開設）者の名称・主たる事務所の所在地										
4	代表者の職・氏名、生年月日及び住所										
5	登記事項証明書、条例等 (当該事業に関するものに限る。)										
6	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等										
7	備品 (訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。)										
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設及び介護医療院を除く。)										
9	サービス提供責任者の氏名及び住所										
10	運営規程										
11	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	(変更後)									
12	事業所の種別										
13	提供する居宅療養管理指導の種類										
14	事業実施形態 (単独型、本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設型の別)										
15	入院患者又は入所者の定員										
16	福祉用具の保管及び消毒方法 (委託している場合にあつては、委託先の状況)										
17	併設施設の状況等										
18	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										
19	その他										
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。