

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

年 月 日

調布市長 宛

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

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 称					
	主たる事務所の所在地	(〒 -) 都道 郡 市 府県 区				
		(ビルの名称等)				
		電話番号			FAX番号	
	法人の種別					
業 者	代表者の職名・ 氏名・生年月日	職 名	フリガナ 氏 名		生年 月 日	
	代表者の住所	(〒 -) 都道 郡 市 府県 区				
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 画 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号までの規定による届出事項	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	A 				
	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				

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