様式第４号（第４条関係）

介護予防相当サービス事業の変更届出書

年　　月　　日

高鍋町長　様

申請者　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

　次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定内容を変更した事業所 | | 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 | 事業所の名称 | |  |
| ２ | 事業所の所在地 | |  |
| ３ | 申請者の名称 | |  |
| ４ | 主たる事務所の所在地 | |  |
| ５ | 代表者の氏名、住所及び職名 | |  |
| ６ | 定款・寄附行為等及びその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。） | |  |
| ７ | 事業所の建物の構造、専用区画等 | |  |
| ８ | 事業所の管理者の氏名及び住所 | |  |
| ９ | 運営規程 | |  |
| 10 | 役員の氏名及び住所 | |  |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 |

備考　該当項目の番号に○を付し、変更内容が分かる書類を添付してください。