第１号様式

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

宮崎市長　殿

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	(〒　－　) 都道府県　郡市区 (ビルの名称等)					
		電話番号		ＦＡＸ番号			
	法人の種別						
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名		生年月日	年　月　日
	代表者の住所	(〒　－　) 都道府県　郡市区 (ビルの名称等)					
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(医療機関等ｺｰﾄﾞ)	所在地			
	計　カ所						
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号に基づく届出事項	第２号	法令遵守責任者の氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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					