

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

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

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	フリガナ名				
2	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 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 15px;"></span> FAX番号 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 15px;"></span>			
業	法人の種別	営利法人・社会福祉法人・社会医療法人・NPO法人・その他（ ） (該当種別に○をしてください)			
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	年 月 日
2	代表者の住所	(〒 - ) 都道 郡 市 府県 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(医療機関等コード)	所在地
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	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課				
区	事業者（法人）番号	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>			
分	区分変更の理由				
変	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課				
更	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					

