

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

(あて先) 宇都宮市長

事業者 名 称  
代表者氏名

印

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 称											
		住 所 (主たる事務所の所在地) (郵便番号 - ) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)											
		連絡先			電話番号			FAX番号					
		法人の種別											
	3	代表者の職名・氏名・生年月日											
		代表者の住所 (郵便番号 - ) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)											
	4	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 力所													
5	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課												
	事業者(法人)番号												
	区分変更の理由												
6	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課												
	区 分 変 更 日												