|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

業務管理体制変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　群馬県知事　　　　　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　 (開設者) 名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職名・氏名

　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　(法人以外の場合にあっては、住所及び氏名)

このことについて次のとおり、関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 業務管理体制事業者（法人）番号 | | Ａ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 変更があった事項（該当項目に○） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | １　法人の種別、名称（フリガナ）  ２　主たる事務所の所在地、電話番号、ＦＡＸ番号  ３　代表者の氏名（フリガナ）、生年月日  ４　代表者の住所、職名  ５　事業所名称等及び所在  ６　法令遵守責任者の氏名（フリガナ）、生年月日  ７　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  ８　業務執行の状況の監査の方法の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更があった年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更の内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （変更前） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （変更後） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

　　注１　受付番号には記入しないこと。

　　　２　事業者の名称、住所、法人の種別、代表者の職名、代表者の住所等は、登記内容等と一致すること。

３　「変更があった事項」の該当項目番号に○を付け、「変更内容」に具体的に記入すること。

　なお、書ききれない場合は、記入を省略し別添資料として添付して差し支えありません。

４　「５　事業所名称等及び所在地」の変更については、みなし事業所を除いた事業所等の指定や廃止等により事業所等の数に変更が生じ、整備する業務管理体制が変更された場合にのみ届け出ること。

　「変更前」欄と「変更後」欄のそれぞれに、事業所数等の合計を記入し、「変更後」欄に、追加又は廃止等の事業所等の名称、指定サービス名等、指定（許可）年月日、介護保険事業所番号、所在地を記入してください。

５　「７　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」及び「８　業務執行の状況の監査の方法の概要」の変更については、事業者の業務管理体制の変更を行う場合（組織の変更、規程の追加等）に届け出ること。

　　なお、事業所等の数の変更により、「７」又は「８」を追加等する場合は、該当項目番号に○を付け、追加の場合には、「７」又は「８」の概要等がわかる資料を添付してください。