

京都府知事
様
広域振興局長

住所(所在地)
申請者
名称及び代表者氏名



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。

		介護保険事業所番号						
指定内容を変更した事業所(施設)		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(施設)の名称	(変更前)						
2	事業所(施設)の所在地							
3	主たる事務所の所在地							
4	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所							
5	定款・寄附行為等及びその登記簿事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)							
6	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等							
7	備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。)							
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所(介護老人保健施設を除く。)							
9	サービス提供責任者の氏名及び住所							
10	運営規程							
11	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関							
12	事業所の種別							
13	提供する居宅療養管理指導の種類							
14	事業実施形態(本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型の別)							
15	入院患者又は入所者の定員							
16	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制							
17	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあつては、委託先の状況)							
18	併設施設の状況等							
19	役員の氏名、生年月日及び住所							
20	介護支援専門員の氏名及びその登録番号							
変更年月日		年 月 日						

備考1 当該項目番号に○印を付けてください。
2 変更内容がわかる書類を添付してください。