第２号様式（第３条関係）

受付番号	

介護保険法第 115 条の 32 第３項に基づく
業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）

平成　年　月　日

宮城県知事　　殿

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																	

変　更　が　あ　っ　た　事　項
1　法人の種別、名称(ﾌﾘｶﾞﾅ)　　2　主たる事務所の所在地、電話、FAX番号 3　代表者氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)、生年月日　　4　代表者の住所、職名 5　事業所名称等及び所在地 6　法令遵守責任者の氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)及び生年月日 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　の　内　容
(変更前)
(変更後)

（日本工業規格Ａ列４番）