第二号様式（第四条第一項）

記入例

変　更　届　出　書

平成 ○○　年　○　　月　○　　日

千葉県知事　様

申請者　　所在地　　千葉市中央区○○町1－1－1
（設置者）　　名　称　　社会福祉法人○○○会
代表者　　理事長　○○　○○　代表者印　　印

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。

	事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
指定内容を変更した事業所（施設）	名称	○○福祉作業所									
	所在地	千葉市中央区○○町○○○－○○									
	サービスの種類	就労継続支援B型									

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】 1　サービス管理責任者 氏名：千葉太郎 生年月日：昭和○○年○○月○○日 住所：千葉市緑区○○○町○○○番 2　運営規程 第5条 (1)営業日　月曜日から金曜日
2	事業所（施設）の所在地（設置の場所）及び連絡先	
3	申請者（設置者）の名称	
4	申請者（設置者）の主たる事務所の所在地及び連絡先	
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
6	役員の氏名、生年月日及び住所	
7	定款・寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る）	
8	事業所（施設）の平面図及び設備の概要	
9	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	変更の内容は、上段に変更前、下段に変更後の内容を具体的に記載
10	事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
11	事業所のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	【変更後】 1　サービス管理責任者 氏名：亥鼻花子 生年月日：平成○○年○○月○○日 住所：千葉市花見川区○○○町○○－○○ 2　運営規程 第5条 (1)営業日　月曜日から土曜日
12	主たる対象者	
13	運営規程	
14	介護給付費等の請求に関する事項	
15	事業所の種別（併設型・空床型・単独型の別）	
16	併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員	
17	協力医療機関[illegible]該協力医療機関との契[illegible]	
18	障害者支援施[illegible]利用の概要	
19	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要	
20	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要	
変更年月日		平成○○年○○月○○日

該当する変更事項の番号に○を付ける。

変更した日付を記載

備考1　該当項目番号に○を付してください。
　　2　変更内容がわかる書類を添付してください。
　　3　変更の日から10日以内に届け出てください。