様式第１号

**介護サービス情報訂正依頼書**

　　年　　月　　日

千葉県知事　様

依頼者　　事業所名

代表者・職氏名

電話番号

連絡先担当者名

介護保険法第１１５条の３５第１項の規定により報告をした介護サービス情報について、下記のとおり訂正するよう依頼します。

記

１　事業所番号

２　事業所所在地

３　介護サービスの種類

４　訂正理由

　　□ 代表者の変更

　　□ 利用料の変更

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　訂正箇所　（訂正箇所を別紙で添付してください。）