

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の32第2項（整備）又は第4項（区分の変更）
に基づく業務管理体制に係る届出書

年 月 日

千葉県知事 様

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																				
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1	届出の内容		(1) 法第115条の32第2項関係（整備）		(2) 法第115条の32第4項関係（区分の変更）		
	フリガナ 名 称						
2 事 業 者	住 所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	法人の種類						
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	代表者の住所	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 (ビルの名称等)					
3	事業所名称等及び所在地		事業所名称	指定(許可)年月日	介護保険事業所番号(医療機関等コード)	所在地	
	計 場所						
4	介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項		第2号	法令遵守責任者の氏名(フリガナ)		生年月日	
			()				
			第3号	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			
		第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要				
5 区 分 変 更	区分変更前行政機関名称、担当部(局) 課						
	事業者(法人) 番号						
	区分変更の理由						
	区分変更後行政機関名称、担当部(局) 課						
	区分変更日		年 月 日				