

別 記

第1号様式（第2条・第4条関係）

受付番号

介護保険法第115条の3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

鎌ヶ谷市長

様

事業者 名 称  
代表者氏名

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。  
記

事業者（法人）番号

1 届出の内容										
(1) 法第115条の3第2項関係（整備）										
(2) 法第115条の3第4項関係（区分の変更）										
2 事 業 者	フリガナ名									
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 都道 郡 市 府県 区								
		(ビルの名称等)								
		電話番号				FAX番号				
	法人の種別									
	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 区									
	(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 力所										
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	

連絡先	所属				メール アドレス	電話番号
	フリガナ					
	氏名					