

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）

記入する必要はありません

令和 元年 7月 1日

西東京市長 殿

開設（事業）者

所在地

西東京市中町1-5-1

名称

株式会社 □□□

代表者氏名

西東京 太郎

このことについて、次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  
(該当の項目全てに○をつける)

記入する必要はありません

- 1、法人の種別、名称(フリガナ)
- 2、主たる事務所の所在地、電話、FAX番号
- 3、代表者氏名(フリガナ)、生年月日
- 4、代表者の住所、職名
- 5、事業所の名称等及び所在地（事業所の指定・廃止等により事業所数に変化が生じ、整備する業務管理体制が変更された場合のみ届出。下記備考参照）
- 6、法令遵守責任者の氏名(フリガナ)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)

カブシキカイシャ  
1、株式会社 □□□

ニシトウキョウ タロウ  
6、西東京 太郎 生年月日 昭和30年1月1日

(変更後)

カブシキ カイシャ  
1、株式会社 ○○○

ニシトウキョウ ジロウ  
6、西東京 二郎 生年月日 昭和33年1月1日

備考：上記「5」の項目で届け出る場合、変更前欄と変更後欄のそれぞれに、指定等事業所等の合計数を記入してください。変更後の欄に追加又は廃止等となった事業所等の名称、指定（許可）年月日、介護保険事業所番号（医療機関等コード）、事業所所在地を記入してください。書ききれない場合は、記入を省略し別添資料として変更前と変更後のそれぞれの「事業所一覧」を添付してください。

(日本工業規格A列4番)

## 別表

## 事業所一覧 (参考様式)

事業所番号										事業所名称	サービス種類	指定(許可) 年月日(和暦)	所在地	事業 所数
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	グループホーム ○○○	認知症対応型共同生活介護	平成26年7月1日	中町○-○-○	1
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	グループホーム ○○○	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	平成26年7月1日	中町○-○-○	1
1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	小規模多機能型居宅介護事業所 △△	小規模多機能型居宅介護	令和元年4月1日	中町○-○-○	2
1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	小規模多機能型居宅介護事業所 △△	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	令和元年4月1日	中町○-○-○	4
												年 月 日		5
												年 月 日		6
												年 月 日		7
												年 月 日		8
												年 月 日		9
												年 月 日		10
												年 月 日		11
												年 月 日		12
												年 月 日		13
												年 月 日		14
												年 月 日		15
												年 月 日		16
												年 月 日		17
												年 月 日		18
												年 月 日		19
												年 月 日		20