|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |  |

業務管理体制届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　群馬県知事　　　　　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　(開設者)名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職名・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(法人以外の場合にあっては、住所及び氏名)

 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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 業務管理体制事業者（法人）番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | １　届出内容 |
|  |  | （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） |
|  | ２ | フリガナ |  |
|  |  | 名称 |  |
|  | 事 |  |  （〒　　　－　　　　） |
|  |  | 本店所在地 |  |
|  | 業 |  | （ビルの名称等） |
|  |  | 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
|  | 者 | 法人の種別 |  |
|  |  | 代表者の職名・ | 職 |  | フリガナ |  | 生年 |  |
|  |  | 氏名・生年月日 | 名 |  | 氏　　名 |  | 月日 | 　　　 年　　月　　日 |
|  |  | 代表者の住所 | （〒　　　－　　　　） |
|  |  |  | （ビルの名称等） |
|  | ３　事業所名称等 | 　　　事業所名称 | 指定サービ | 指定（許可） | 介護保険 | 所在地 |
|  | 　及び所在地 |  | ス名等 | 年月日 | 事業所番号 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 計　　　カ所 |  |  |  |  |
|  | ４　介護保険法施行 | 第２号 | 法令遵守 | フリガナ |  | 生年 |  |
|  | 　規則第１４０条の |  | 責任者 | 氏　　名 |  | 月日 |  　　 　年　　月　　日 |
|  | 　４０第１項第２号 | 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 |
|  | 　から第４号に基づ |  |  |
|  | 　く届出事項 |  |  |
|  |  | 第４号 | 業務執行の状況の監査の方法の概要 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | ５ | 区分変更前行政機関名称、担当部（局）課 |  |
|  | 区 | 事業者（法人）番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 分 | 区分変更の理由 |  |
|  | 変 | 区分変更後行政機関名称、担当部（局）課 |  |
|  | 更 | 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 |  |

注１　受付番号には記入しないこと。

２　事業者の名称、住所、法人の種別、代表者の職名、代表者の住所等は、登記内容等と一致すること。

３　「３　事業所の名称等及び所在地」については、別紙で差し支えありません。

　当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所又は施設がある場合は、当該

事務所又は当該施設を含みます。

４　区分の変更の場合は、変更内容がわかる書類を添付してください。