介護医療院管理者承認申請書

年　　月　　日

　　　群馬県知事　あて

所在地

　開　設　者　名　称

代表者　　　　　　　　　　印

　　次のとおり、介護医療院の管理者の承認を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請に係る施設 | 介護保険事業所番号 | １ | ０ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 管理者になろうとする者の氏名・住所・電話番号・生年月日・資格 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 資格 | （　　　　年　　月　　日取得）　 |
| 管理者として適任の理由 |
|  |
| 申請理由（いずれかに○） | １　新規開設のため　　２　管理者変更のため |

　注１　管理者になろうとする者の経歴書を添付してください。

　　２　医師の資格を有する場合は、免許証の写しを添付してください。