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

様式第3号（第3条関係）

指定障害福祉サービス事業者等業務管理体制届出事項変更届出書

 年　　月　　日

　（あて先）松江市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変　更　が　あ　っ　た　事　項 |
| 1　法人の種別及び名称（フリガナ）2　主たる事務所の所在地、電話番号及びＦＡＸ番号3　代表者の氏名（フリガナ）及び生年月日 　4　代表者の住所及び職名5　事業所名称等及び所在地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） |
| （変更後） |