

代表者変更届

(認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護)

年 月 日

長岡市長 様

届出者 法人住所
法人名称
代表者の氏名
電話番号

下記のとおり認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護の代表者に変更があったので、「長岡市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例」(平成24年長岡市条例第52号)及び「長岡市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準等に関する条例」(平成24年長岡市条例第53号)の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

記

介護保険事業者番号		
届出に係る事業所	名 称	
	所 在 地	
変 更 前		
変 更 後		
変 更 年 月 日		

添付書類：①開設者研修または実践者研修等の修了証書の写し