

第1号様式（第2条、第4条関係）

受付番号

介護保険法第115条の32第2項（整備）又は第4項（区分の変更）に基づく業務管理体制に係る届出書

年 月 日

練馬区長 殿

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。

|        |                                      |                |          |          |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--------------------------------------|----------------|----------|----------|---------------------------|--------|---------------------|------|-------|-------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|        |                                      | 事業者（法人）番号      |          | A        |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1      | 届出の内容                                |                |          |          |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | (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        |          |          |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                                      | 主たる事務所の所在地     |          | (〒 - )   |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                                      |                |          | 都道 郡 市   |                           |        |                     |      |       | 府 県 区 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                                      |                |          | (ビルの名称等) |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                                      | 電話番号           |          |          |                           |        |                     |      |       | FAX番号 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 法人の種別                                |                |          |          |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 3                                    | 代表者の職名・氏名・生年月日 |          | 職名       |                           | フリガナ氏名 |                     | 生年月日 |       | 年 月 日 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ氏名 |                                      |                |          | 月 日      |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ氏名 |                                      |                |          | 月 日      |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4      | 代表者の住所                               |                | (〒 - )   |          |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                                      |                | 都道 郡 市   |          |                           |        |                     |      | 府 県 区 |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                                      |                | (ビルの名称等) |          |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3      | 事業所名称等及び所在地                          |                | 事業所名称    |          | 指定(許可)年月日                 |        | 介護保険事業所番号(医療機関等コード) |      |       |       | 所在地 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                                      |                | 計 画 所    |          |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4      | 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項 |                | 第2号      |          | 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)          |        |                     |      | 生年月日  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                                      |                | 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 |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                                      |                | 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                  |                |          |          |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 事業者（法人）番号                            |                | A        |          |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 区分変更の理由                              |                |          |          |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 区分変更後行政機関名称、担当部(局)課                  |                |          |          |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 区分変更日  |                                      | 年 月 日          |          |          |                           |        |                     |      |       |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |      |  |  |  |             |  |  |          |  |  |
|-----|------|--|--|--|-------------|--|--|----------|--|--|
| 連絡先 | 所属   |  |  |  | メール<br>アドレス |  |  | 電話<br>番号 |  |  |
|     | フリガナ |  |  |  |             |  |  |          |  |  |
|     | 氏名   |  |  |  |             |  |  |          |  |  |