第１号様式

業務管理体制に係る届出書

　　　　　 　　　　　年　月　日

　相模原市長　あて

　　 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（記入不要） | | | | | | | | | | | A | |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| １　届出の内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (1)法第115条の32第２項関係（整備） | | | | | | | | | | | | | | 該当するほうに○をしてください | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2)法第115条の32第４項関係（区分の変更） | | | | | | | | | | | | | |
| ２    事  業  者 | 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職名・  氏名・生年月日 | 職  名 |  | | | | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | 生年  月日 | | |  | | | | | | |
| 氏　名 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | サービス名 | | | | | | | | 所　在　地 | | | | |
| （別紙）のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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(ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | 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  ｱﾄﾞﾚｽ |  | 電話番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 氏名 |  |

（別　紙）

３ 事業所名称等及び所在地

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 事業所名称 | 指定(許可)  年 月 日 | 介護保険  事業所番号 | サービス名 | 所　在　地 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |  |
| １１ |  |  |  |  |  |
| １２ |  |  |  |  |  |
| １３ |  |  |  |  |  |
| １４ |  |  |  |  |  |
| １５ |  |  |  |  |  |
| １６ |  |  |  |  |  |
| １７ |  |  |  |  |  |
| １８ |  |  |  |  |  |
| １９ |  |  |  |  |  |
| ２０ |  |  |  |  |  |