第１０号様式（第１０条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

業務管理体制の整備（区分の変更）届出書

令和　　年　　月　　日

京丹後市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地 |  |
| （事業者） | 名称 |  |
|  | 代表者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※実印を押印してください。

次のとおり、業務管理体制の整備（区分の変更）を行いましたので、届け出ます。

なお、この届出書の内容を、国が管理する業務管理体制データの管理システムに提供し、国、都道府県及び市町村で共有することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ※事業者（法人）番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業者 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 住所(主たる事務所の所在地) | （〒　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  |
| 代表者 | 職・氏名生年月日 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 | 年 　月 　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | （〒　　　－　　　　） |
| 事業所 | 名称 |  | 計　　　箇所 |
| 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 | （〒　　　－　　　　） |
| 届出事項 | 法令遵守責任者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年 　月 　日 |
| 氏名 |  |
| 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 |  |
| 業務執行の状況の監査の方法の概要 |  |
| 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 |  |
| 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 | 令和　　年　　月　　日 |

※　受付番号及び事業者（法人番号）には記入しないでください。