

（あて先） 浜松市長

住 所  
〔所在地〕  
申 請 者 氏 名  
〔名称及び  
代表者氏名〕 印

〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

開設許可事項変更許可申請書

介護保険法第94条第2項・第107条第2項の規定による開設許可事項の変更の許可を受けたいので、次のとおり申請します。

記

		介護保険事業所番号																		
施 設	名 称																			
	所 在 地	(郵便番号 - )																		
	電 話 番 号																			
開 設 許 可 年 月 日																				
変 更 事 項		変 更 内 容																		
1 敷地の面積及び平面図		(変更前)																		
2 建物の構造概要及び平面図並びに施設及び構造設備の概要																				
3 施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画																				
4 運営規程		(変更後)																		
5 協力病院の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約の内容																				
変 更 予 定 年 月 日																				

備 考 該当する変更事項の項目番号を○で囲むこと。