

（あて先） 浜松市長

届出者 住所  
 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。〕

指定介護予防支援委託届出事項変更届出書

指定介護予防支援に係る届出事項を変更しようとするので、介護保険法施行規則第140条の35第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

介護保険事業所番号														
事業所	名称													
	所在地	(郵便番号 - )												
	電話番号													
変更事項	変更内容													
1 指定介護予防支援の一部を委託しようとする事業所の名称及び所在地	(変更前)													
2 委託しようとする指定介護予防支援の内容	(変更後)													
3 指定介護予防支援の一部を委託しようとする期間														
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。