

(様式第2号)

変更届出書

令和 年 月 日

佐賀県知事 山口 祥義 様

事業者 (施設の設置者) 住 所 (所在地)
氏 名 (名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

事業所番号	
指定内容を変更した事業所(施設)	名 称
	所 在 地
	サ ー ビ ス の 種 類
変更があった事項	変更の内容
1 事業所(施設)の名称	(変更前)
2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)	
3 申請者(設置者)の名称	
4 主たる事務所の所在地	
5 代表者の氏名及び住所	
6 定款・寄付行為等(就労継続支援A型事業所に関するものに限る)及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)	
7 事業所(施設)の平面図及び設備の概要	
8 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	
9 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所	
10 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所	
11 運営規程	(変更後)
12 事業所の種別(併設型・空床型の別)	
13 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員	
14 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	
15 知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要	
16 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要	
17 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要	
18 事業所の相談支援専門員の氏名及び住所	
変更年月日	令和 年 月 日

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。(作成担当者)
2 変更内容がわかる書類を添付してください。氏名
3 変更の日から10日以内に届け出てください。電話
FAX
メール