**質問兼告知書**

市（町）長　様

以下の事項について相違ありません。

主たる事務所の所在地：

申請者の名称：

代表者の職・氏名：

１．指定の更新申請を行う事業所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所の名称 | フリガナ |  |
| 名　称 |  |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　） | |
| （建物の名称等） | |
| 介護保険事業所番号 |  | |
| 当初に指定を受けた年月日 | 令和　　年　　月　　日 | |

２．介護予防支援事業の指定更新に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 管理者の変更の有無 | | | □変更有り | □変更無し |
| フリガナ | | | ※変更有りの場合は変更後の管理者名を記入 | |
|  | | |
| 従業者 | 厚生労働省が定める人員基準(※)を満たしていますか | | | □はい | □いいえ |
| 従業者の変更の有無 | | | □変更有り | □変更無し |
| 職種 | フリガナ |  | ※変更有りの場合は変更後の職種、氏名を記入  ※記載欄が不足する場合は別紙を添付してください。 | |
|  | 氏名 |  |
| 職種 | フリガナ |  |
|  | 氏名 |  |
| 職種 | フリガナ |  |
|  | 氏名 |  |

**・各項目について変更がある場合は、変更届を提出して下さい。**