指定更新に係る業務管理体制確認書

　　年　　月　　日

　貴法人における業務管理体制の状況を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業者（法人）番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １事業者 | 法 人 の 種 別 |  |
| フ　リ　ガ　ナ名　　　　　称 |  |
|  |
| 住　　　所（主たる事務所の所在地） | (郵便番号　　　-　　　　） |
| (ビルの名称等） |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　年 月 日 |
| 氏　名 |  |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　-　　　　） |
| (ビルの名称等） |
| ２ 事業所名称等及び所在地※事業所が複数あり本様式に書ききれない場合は、事業所一覧を添付すること。 | 事業所数 | 計　　か所　 | 指定（許可）年月日 | 　　　　年　月　　日 |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| 所　在　地 | (郵便番号　　　-　　　　）  |
| ３ 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号までに掲げる届出事項 | 第２号 | 法令遵守責任者の氏名及び生年月日 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　 年月　　日 |
| 氏名 |  |
| 第３号 | 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 |
|  |
| 第４号 | 業務執行の状況の監査の方法の概要 |
|  |
| ４　届出先※該当する機関に○すること。※（　）内には、都道府県・指定都市・市町村の名称を記載してください。 | １　厚生労働大臣　　　　　　２　都道府県知事（　　　　）３　指定都市の長（　　　　）４　市町村長（　　　　） |