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（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |