福岡市介護保険事業者協議会
変更届出書

令和　　年　　月　　日

福岡市介護保険事業者協議会 会長　袈裟丸　政憲　行
（事務局 ふくおか福祉サービス協会）

返信先　ＦＡＸ：761-0877
福岡市介護保険事業者協議会事務局

法人名及び変更部分をご記入下さい。

以下の事項について変更いたします。

区　分		旧	新
法 人 名			
所 在 地		〒 電　話： ＦＡＸ：	〒 電　話： ＦＡＸ：
代表者	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名		
	役職名		
連絡担当者	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名		
	部　署		
	肩書き		
	連絡先	〒 電　話： ＦＡＸ： e-mail：	〒 電　話： ＦＡＸ： e-mail：

①現在お持ちの**全ての事業所**について、該当する項目にチェック✕をご記入下さい。

- ☐ 居宅介護支援　☐（介護予防）訪問介護　☐（介護予防）訪問入浴介護
- ☐（介護予防）訪問看護　☐（介護予防）訪問リハビリテーション
- ☐（介護予防）居宅療養管理指導　☐（介護予防）通所介護
- ☐（介護予防）通所リハビリテーション　☐（介護予防）短期入所生活介護
- ☐（介護予防）短期入所療養介護　☐（介護予防）特定施設入居者生活介護
- ☐（介護予防）福祉用具貸与　☐（介護予防）特定福祉用具販売
- ☐ 介護老人福祉施設　☐ 介護老人保健施設　☐ 介護療養型医療施設
- ☐（介護予防）小規模多機能型居宅介護　☐ 夜間対応型訪問介護
- ☐（介護予防）認知症対応型通所介護　☐（介護予防）認知症対応型共同生活介護
- ☐ 地域密着型特定施設入居者生活介護　☐ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所　☐ 看護小規模多機能型居宅介護
- ☐ 地域密着型通所介護　☐ 介護予防型訪問サービス　☐ 生活支援型訪問サービス
- ☐ 介護予防型通所支援　☐ 生活支援型通所支援　☐ 介護医療院

②新規開設した事業所
③閉鎖した事業所

＜通信備考欄＞

注）上記、太線枠の部分をご記入ください。

ﾌｧｲﾙﾒｰｶｰNo.
Pc fax・ｉfax登録：