

※受付番号	
-------	--

指定居宅サービス事業者等の指定に係る事前協議変更書

年 月 日

香川県知事 殿

事業実施予定者 住 所
氏 名

〔法人にあつては、主たる事務所の所在
地及び名称並びに代表者の職及び氏名〕
電話番号

指定居宅サービス事業者等の指定に係る事前協議手続要領第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて協議します。

サービス種類 (指定の申請を予定しているものに○をつけること。)	通所介護			
	通所リハビリテーション		介護予防通所リハビリテーション	
	短期入所生活介護		介護予防短期入所生活介護	
	短期入所療養介護		介護予防短期入所療養介護	
	特定施設入居者生活介護		介護予防特定施設入居者生活介護	
事業所	フリガナ			利用定員
	名称			
変更の内容	変更前			
	変更後			
変更の理由				

注1 ※印の欄は記載しないでください。

2 変更後の内容がわかる書類又は図面を添付してください。

(記入例)

第2号様式 (第7条関係)

※受付番号

指定居宅サービス事業者等の指定に係る事前協議変更書

令和×年△月◆日

香川県知事 殿

事業実施予定者 住 所 香川県高松市栗林町1丁目20番16号
株式会社△▲

氏 名 代表取締役 栗林 次郎

(法人にあつては、主たる事務所の所在
地及び名称並びに代表者の職及び氏名)

電話番号 087-888-1113

指定居宅サービス事業者等の指定に係る事前協議手続要領第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて協議します。

サービス種類 (指定の申請を予定しているものに○をつけること。)	通所介護	○			
	通所リハビリテーション		介護予防通所リハビリテーション		
	短期入所生活介護		介護予防短期入所生活介護		
	短期入所療養介護		介護予防短期入所療養介護		
	特定施設入居者生活介護		介護予防特定施設入居者生活介護		
事業所	フリガナ	デイサービスサンカクサンカク		利用定員	20人
	名称	デイサービス△▲			
変更の内容	変更前	事業実施予定者の住所：香川県高松市栗林町1丁目20番16号			
	変更後	事業実施予定者の住所：香川県高松市天神前6-1			
変更の理由	事務所移転のため				

注1 ※印の欄は記載しないでください。

2 変更後の内容がわかる書類又は図面を添付してください。