様式第５号（第９条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

法人・会社名

住所

代表者職・氏名

高知県福祉・介護事業所認証評価制度に係る変更届出書

高知県福祉・介護事業所認証評価制度実施要綱第９条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

１．変更事項について

　（１）対象事業所の増減及び移転（どちらかに○）

|  |
| --- |
| あり　　　　　なし |

　　　　　※ありの場合は、該当する事業所情報を別添様式に記入の上、提出してください。

　　（２）その他

　　　　　変更のあった内容と理由を以下に記入してください。

２．変更事項発生日

　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

３．担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 事業所住所 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

　　　　注）情報は原則メールでの提供となりますので、メールアドレスは常時確認ができるアドレスを記載して

ください。

別添

◆事業所一覧【※公表】必要に応じて表を追加してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更区分 | 追加　　・　　変更　　・　　廃止 |
| ふりがな |  |
| 事業所名 |  | 職員数（※１） | 　　　　　　人 |
| 住　　所 |  |
| サービス種別 |  |
| ※１　全職種、労働時間に関係なく雇用期間の定めのない者が対象。 |
| 変更区分 | 追加　　・　　変更　　・　　廃止 |
| ふりがな |  |
| 事業所名 |  | 職員数（※１） | 　　　　　　人 |
| 住　　所 |  |
| サービス種別 |  |
| ※１　全職種、労働時間に関係なく雇用期間の定めのない者が対象。 |
| 変更区分 | 追加　　・　　変更　　・　　廃止 |
| ふりがな |  |
| 事業所名 |  | 職員数（※１） | 　　　　　　人 |
| 住　　所 |  |
| サービス種別 |  |
| ※１　全職種、労働時間に関係なく雇用期間の定めのない者が対象。 |
| 変更区分 | 追加　　・　　変更　　・　　廃止 |
| ふりがな |  |
| 事業所名 |  | 職員数（※１） | 　　　　　　人 |
| 住　　所 |  |
| サービス種別 |  |

※１　全職種、労働時間に関係なく雇用期間の定めのない者が対象。