

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 渡邊 恭順 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 : F A X :	〒 電 話 : F A X :
代表者	(フリガナ) 氏 名	
	役職名	
連絡担当者	(フリガナ) 氏 名	
	部 署	
	肩書き 連絡先	〒 電 話 : F A X : 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。

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