付表2　指定認知症対応型通所介護・指定介護予防認知症対応型通所介護に係る変更事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更があった事項 | 1 | 事業所(事業の一部を行う施設を含む。)の名称 |
| 2 | 事業所(事業の一部を行う施設を含む。)の所在地 |
| 3 | 申請者の名称 |
| 4 | 主たる事務所の所在地 |
| 5 | 代表者の氏名，生年月日，住所及び職名 |
| 6 | 申請者の登記事項証明書又は条例等(指定に係る事業に関するものに限る。) |
| 7 | 事業所(事業の一部を行う施設を含む。)の平面図(各室の用途を明示するもの)及び設備の概要 |
| 8 | 事業所の管理者の氏名，生年月日，住所及び経歴 |
| 9 | 運営規程 |
| 変更の内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |

備考　1　変更があった事項欄の該当項目番号に○を付してください。

　　　2　変更内容が分かる書類を添付してください。