付表6　指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る変更事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更があった事項 | 1 | 施設の名称 |
| 2 | 施設の開設の場所 |
| 3 | 開設者の名称 |
| 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 | 開設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 | 本体施設の概要 |
| 8 | 施設と当該本体施設との間の移動の経路及び方法並びにその移動に要する時間 |
| 9 | 併設する施設の概要 |
| 10 | 建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示するもの)並びに設備の概要 |
| 11 | 施設の管理者の氏名，生年月日及び住所 |
| 12 | 運営規程 |
| 13 | 協力病院(協力歯科医療機関を含む。)の名称及び診療科名並びに契約の内容 |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 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。