**変　更　届**

船　橋　市　長　あて

（契約者）

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 代表者 |  |

令和　　年　　月　　日に締結した船橋市介護予防ケアマネジメント業務委託契約書類の記載事項等について、下記のとおり変更がありましたので届け出いたします。

記

○変更年月日　　令和　　年　　月　　日

○変更事項　＊該当する項目に☑を付け、変更内容を記載ください。

□ 契約者（事業者※）情報の変更

|  |  |
| --- | --- |
| 変更後 | 変更前 |
| 所在地 |  | 所在地 |  |
| 名　称 |  | 名　称 |  |
| 代表者 |  | 代表者 |  |

※委任状により契約者が居宅介護支援事業所になっている場合は同事業所の情報となります。

□ 委託契約書類に押印している印鑑の変更

|  |
| --- |
| 新しい印鑑 |
| 代表者印 | 社印 |
|  |  |

□ 介護予防ケアマネジメントを実施する居宅介護支援事業所情報の変更

|  |  |
| --- | --- |
| 変更後 | 変更前 |
| 所在地 |  | 所在地 |  |
| 名　称 |  | 名　称 |  |
| 事業所番号 |  | 事業所番号 |  |

□ 委託契約書第１５条第５号の規定に基づく個人情報保護管理者の変更

|  |  |
| --- | --- |
| 変更後 | 変更前 |
| 役　職 |  | 役　職 |  |
| 職　種 |  | 職　種 |  |
| 名　称 |  | 名　称 |  |

（管理者が所属する居宅介護支援事業所）

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 名　称 |  | 事業所番号 |  |