

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援事業所に関する変更届

様

松原市地域包括支援センター社会福祉協議会

「介護予防ケアマネジメント・介護予防支援契約書」及び「介護予防ケアマネジメント・介護予防支援事業に関する重要事項説明書」に記載しておりますご利用者への介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA・B）及び介護予防支援（介護予防サービス計画）を担当する事業所について、変更が生じたので以下のとおり変更させていただきますので同意をお願いします。

変更開始日 年 月 日

旧

事業所名称	
居宅介護支援 事業者番号	事業所番号（ ）
事業者所在地	（郵便番号 - ） 大阪府 市 （連絡先）電話番号 F A X

新

事業所名称	
居宅介護支援 事業者番号	事業所番号（ ）
事業者所在地	（郵便番号 - ） 大阪府 市 （連絡先）電話番号 F A X

上記のとおり、担当する事業所が変更することに同意します。

年 月 日

利用者 住所： _____

氏名： _____ (印)

代理人 住所： _____

氏名： _____ (印)