

様式第 1 号

受付番号	
------	--

指定特定相談支援事業者の業務管理体制の整備に関する事項の届出書

年 月 日

佐野市長 様

事業者 名 称

代表者氏名

㊞

このことについて、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		事業者（法人）番号											
1 届出の内容		(1) 障害者総合支援法第 51 条の 2 第 2 項、第 51 条の 31 第 2 項関係 (整備)											
		(2) 障害者総合支援法第 51 条の 2 第 4 項、第 51 条の 31 第 4 項関係 (区分の変更)											
2 事 業 者	フリガナ												
	名称又は氏名												
	住 所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区											
		(ビルの名称等)											
	連絡先	電話					FAX						
	法人の種別												
	代表者の職名・ 氏名・生年月日	職名			フリガナ			生年	年 月 日				
					氏名			月日					
代表者の住所	(郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区												
	(ビルの名称等)												

3 事業所名称等 及び所在地	事業所名称	指定年月日	事業所番号	所在地
	計 数			
4 障害者総合支援 法上の該当する条 文（事業者の区分）	(1) 第51条の2 (指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者)			
	(2) 第51条の31（指定相談支援事業者）			
5 障害者総合支援 法施行規則第34条 の28第1項及び第 34条の62第1項の 規定による届出事 項	第2号	法令遵守責任者の氏名（フリガナ）	生年月日	
	第3号	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要		
	第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要		
6 区分変更	区分変更前行政機関名称、担当部（局）課			
	事業者（法人）番号			
	区分変更の理由			
	区分変更後行政機関名称、担当部（局）課			
	区 分 変 更 日		年 月 日	