

別紙【新潟市役所介護保険課指定係あて】

FAX:025-224-5531

E-mail: kaigo@city.niigata.lg.jp

提出担当者	連絡先	TEL	
		FAX	
	氏名		

事業所(施設)・主たる事務所(法人)の連絡先変更報告書

年 月 日

介護保険事業所番号													
届出に係る事業所		名称											
		所在地											
サービスの種類													
		該当	変更事項								変更後の番号又はアドレス		
事業所(施設)関係報告	1		事業所(施設)の電話番号										
	2		事業所(施設)のFAX番号										
	3		事業所(施設)のEメールアドレス								-----		
事務所関係報告書	4		主たる事務所(法人)の電話番号										
	5		主たる事務所(法人)のFAX番号										

注1 変更のある事項の該当欄に○印を表示してください。

注2 Eメールアドレスの変更をFAXで報告する場合は、フリガナを記入してください。