介護医療院管理者承認申請書

年　　月　　日

　　鳥取県　部総合事務所長 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

次のとおり介護医療院の管理者の承認を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請に係る施設 | | | 名称 | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 管理者になろうとする者の氏名、  住所及び資格 | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | | |
| 資格 | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | １　新規開設のため  ２　管理者の変更のため | | | 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |

備考１　管理者になろうとする者の経歴等を添付してください。

　　２　「申請理由」欄については、該当項目番号に○を付してください。