

様式第9号の10の15（第7条の8の9関係）

指定障害児（通所・相談）支援事業者変更届出書

年 月 日

（宛先）旭川市長

申請者 主たる事務所の所在地
 名 称
 代表者の氏名
 （連絡先担当者名等： ☎ ）

指定障害児通所支援事業者 第21条の5の20第3項
 指定障害児相談支援事業者 の指定を受けた内容を変更したので、児童福祉法 第24条の32第1項
 の規定により、次のとおり届け出ます。

		事業所番号
指定内容を変更した事業所	名称	
	所在地	
	事業の種類	
変更があった事項		変更の内容
1	事業所の名称	(変更前)
2	事業所の所在地	
3	申請者の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名，生年月日，住所及び職名	
6	登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）	
7	事業所の平面図，設備の概要等	(変更後)
8	事業所の管理者の氏名，生年月日，住所及び経歴	
9	事業所の児童発達支援管理責任者の氏名，生年月日，住所及び経歴	
10	事業所の相談支援専門員の氏名，生年月日，住所及び経歴	
11	主たる対象者	
12	運営規程	
変更年月日		年 月 日

- (注) 1 該当する事項の番号を「○」で囲むこと。
 2 変更の内容が確認できる書類その他市長が別に定める書類を添付してください。なお、当該変更が利用者の定員の増加に伴うものである場合は、従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を併せて添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出ること。