様式第21号（規格Ａ４）（第19条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

障害者総合支援法に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書（届出事項の変更）

令和５年　４月　１４日

　　 群馬県知事　あて

事業者　名　　　称　　有限会社あい

ケアステーション　ラクティ大泉

代表者氏名　　　代表取締役　三友　愛　　印

　 　このことについて、下記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 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 2 | 6 | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変　更　が　あ　っ　た　事　項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １．法人の種別、名称（フリガナ）  ２．主たる事務所の所在地、電話、ＦＡＸ番号  ３．代表者氏名（フリガナ）、生年月日  ４．代表者の住所、職名  ５．事業所名称等及び所在地  ６．法令遵守責任者の氏名（フリガナ）及び生年月日  ７．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  ８．業務執行の状況の監査の方法の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変　更　の　内　容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （変更前）  １．法人名称  ２．所在地  ３．代表者氏名  ５．事業所名称 | 有限会社あい家電  本社：大泉町坂田2-12-2  清水靖夫（シミズヤスオ）  ケアステーション　ラクティ日の出 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （変更後）  １．法人名称  ２．所在地  ３．代表者氏名  ５．事業所名称 | 有限会社あい  本社：大泉町日の出1-10  三友愛（ミトモアイ）  ケアステーション　ラクティ大泉 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |