

様式第1号

介護サービス情報(基本情報)訂正依頼書

平成 年 月 日

千葉県介護サービス情報公表センター 様

事業所名称 _____

代表者・職氏名 _____ 印

担当者氏名 _____

介護保険法第115条の35第1項の規定により報告した介護サービス情報(基本情報)については、次のとおり訂正するよう依頼します。

1 現在の基本情報

事業所番号		サービス種別	
事業所所在地	〒		
事業所電話番号			

2 訂正箇所

訂正理由	訂正後の内容
法人名称の変更	
事業所名称の変更	
事業所所在地の変更	
事業所代表者の変更	
事業所電話番号 ・FAX番号の変更	
利用料の変更	
その他 ()	

(留意点)

- 訂正できるのは基本情報だけです。調査情報は変更できません。
- 記入年月日は変更できません。したがって、時点修正により影響が生じる提供実績関連項目、従事者関連項目等は変更できません。
- 法人名、事業所名、所在地、代表者、電話番号・FAX番号等の変更については、千葉県健康福祉部保険指導課へも併せて変更届を提出してください。(変更届は、千葉県健康福祉部保険指導課のホームページを参照してください)

公表内容修正	
/	