

変 更 届

一般社団法人京都府介護老人保健施設協会 会長 殿

下記のとおり変更がありましたので、届け出いたします。

令和 年 月 日

施 設 名

施設代表者氏名

印

記

変更内容		変更日	新	旧
会 員 (施設代表者)	(ふりがな) 氏 名	年 月 日		
	役 職			
	職 種			
	*医師の場合は 専門科目			
	変更理由	(開設者及び管理者以外の方を正会員とする場合はその理由もご記入ください)		
定 員	定 床 数	年 月 日	床	床
	認知症専門棟	年 月 日	床	床
	サテライト型	年 月 日	床	床
	分 館 型	年 月 日	床	床
	通所リハビリ テーション	年 月 日	人	人
	訪問リハビリテーションの 実施の有無	年 月 日	有 ・ 無	有 ・ 無
そ の 他		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

以上

* 1 施設代表者でない開設者・施設長の変更の際には、「その他」欄にご記入ください。
またその職種（医師の場合は専門科目）と氏名のふりがなもご記入ください。

* 2 施設代表者の変更の場合は「施設代表者経歴書」を添付してください。