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。