業務管理体制届

令和　　年　　月　　日

　刈谷市長

 　　届出者　所 在 地

 　　　　　　団 体 名

 　　　　　　代表者名

　下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 法人等名称 |  |
| 主たる事務所の所在地・連絡先 | （郵便番号） |
| 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 代表者の住所・連絡先 | （郵便番号） |
| 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| 法令遵守責任者の氏名・生年月日 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 区分変更 | 区分変更前行政機関名称、担当部（局）課 |  |
| 区分変更の理由 |  |
| 区分変更後行政機関名称、担当部（局）課 |  |
| 区分変更日 |  |
| その他 |  |

注１　確認を受けている施設又は事業所の数が２０以上の事業者は、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が分かるものを添付すること。

　２　確認を受けている施設又は事業所の数が１００以上の事業者は、業務執行の

　　状況の監査の方法の概要が分かるものを添付すること。

業務管理体制届

令和　　年　　月　　日

　刈谷市長

 　　届出者　所 在 地　刈谷市〇〇町△番地

 　　　　　　団 体 名　社会福祉法人△△福祉会

 　　　　　　代表者名　理事長　　〇〇　△△

　下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | ｼｬｶｲﾌｸｼﾎｳｼﾞﾝ△△ﾌｸｼｶｲ |
| 法人等名称 | 社会福祉法人△△福祉会 |
| 主たる事務所の所在地・連絡先 | （郵便番号）〇〇〇―△△△△愛知県刈谷市〇〇町△番地 |
| 電話 | 0566-〇〇-△△△△ | ＦＡＸ | 0566-〇〇-△△△△ |
| 電子メールアドレス | 〇〇〇@△△.××.jp |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 理事長 | フリガナ | 〇〇　△△ | 生年月日 | 昭和××年×月××日 |
| 氏名 | 〇〇　△△ |
| 代表者の住所・連絡先 | （郵便番号）〇〇〇―△△△△愛知県〇〇市〇〇町△番地 |
| 電話 | 〇〇〇-△△△-×××× | ＦＡＸ | 〇〇〇-△△△-×××× |
| 法令遵守責任者の氏名・生年月日 | フリガナ | 〇〇　〇〇 | 生年月日 | 昭和××年×月××日 |
| 氏名 | 〇〇　〇〇 |
| 区分変更 | 区分変更前行政機関名称、担当部（局）課 |  |
| 区分変更の理由 |  |
| 区分変更後行政機関名称、担当部（局）課 |  |
| 区分変更日 |  |
| その他 |  |

注１　確認を受けている施設又は事業所の数が２０以上の事業者は、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が分かるものを添付すること。

　２　確認を受けている施設又は事業所の数が１００以上の事業者は、業務執行の

整備の場合は、記入不要です。

　　状況の監査の方法の概要が分かるものを添付すること。