

ふくしま 働きやすい介護の職場認証評価制度
法人・事業所情報変更届出書

令和 年 月 日

福島県知事 様

法人名 _____
 代表者役職名 _____
 代表者氏名 _____

<変更の区分> ※該当する□に✓を記入してください。

法人の別	<input type="checkbox"/> 宣言法人	<input type="checkbox"/> 認証法人
変更発生日	年	月 日

変更項目		変更前	変更後
法人名	<input type="checkbox"/>	ふりがな	
		名称	
代表者名	<input type="checkbox"/>	ふりがな	
		役職	
		氏名	
所在地	<input type="checkbox"/>	郵便番号	
		住所	
		電話	
		E-mail	
事業所の増減・移転	<input type="checkbox"/>	※事業所一覧（様式第2号）の変更部分を朱書き修正の上、再提出すること。	
その他	<input type="checkbox"/>	変更内容の説明	
		変更前	変更後

<担当者情報>

所属名			
ふりがな		役職名	
氏名			
連絡先	電話	() -	FAX () -
	E-mail		