様式第５号

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 | 　□　宣言法人　　　　□　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 | □ | ふりがな |  |  |
| 名　称 |  |  |
| 代表者名 | □ | ふりがな |  |  |
| 役　職 |  |  |
| 氏　名 |  |  |
| 所在地 | □ | 郵便番号 |  |  |
| 住　所 |  |  |
| 電　話 |  |  |
| E-mail |  |  |
| 事業所の増減・移転 | □ | ※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 | □ | 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 |  |