[参考様式２]

「群馬県ふくし総合相談支援事業」

変　更　届

　　年　　月　　日

社会福祉法人

群馬県社会福祉協議会 会長　殿

社会福祉法人名

代　表　者　名 印

以下の内容に変更が生じたので、届出をします。（変更部分のみ記載）

■事業所情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会福祉施設・  事業所、社協名 | 名　　　称 |  | | | |
| 施設・事業所の種類 |  | | 定員数 | 名 |
| 所　在　地 | 〒　　　－ | | | | |
| 連　絡　先 | TEL： | | FAX： | | |
| 連絡担当者役職： | | 氏名： | | |
| E-Mail： | | | | |
| 年会費 | 年会費として  （　　　）万円　×（　　口）　計（　　　）万円　を負担します | | | | |

■なんでも福祉相談員（追加・削除）　　　※相談員を追加する場合は、事業所等も記入

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 役職 | 氏名 | メールアドレス | 追加・削除 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |