信州福祉事業所認証・評価制度

**申請事項変更届**

　　年　　月　　日

長野県知事　様

法人名

代表者職氏名　　 　　　 　 ㊞

認証番号

信州福祉事業所認証・評価制度実施要綱第12条の規定により、申請の変更を届け出ます。併せて、確認資料を添付します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更項目 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |
|  | | |
| ※受付日　　　　　年　　月　　日 | | |
| ※備考 | | |

注）１．変更箇所のみ記入してください。

　　２．※印欄は記入しないでください。