

契 約 者 氏 名 等 変 更 届社会福祉
法人 茨城県社会福祉協議会長 様

平成		年		月		日
----	--	---	--	---	--	---

契約者・施設番号						
契約者	名称及び 代表者名					

次のとおり変更があったのでお届けします。

1 契約者の変更事項

変更 区分	1. 名 称	変更 年月日	平成 年 月 日	変更 内容	新	(フリガナ)
	2. 所 在 地					
	3. 代 表 者 名					旧

2 既存施設の変更事項

変更 区分	1. 名 称	変更 年月日	平成 年 月 日	変更 内容	新	(フリガナ)
	2. 所 在 地					
	3. 種 類					旧

- 注 (1) 1. 2. の変更事項について該当欄に記入して下さい。
- (2) 変更区分は該当数字を○で囲んで下さい。
- (3) 2 の欄の 3. の変更の場合は県知事の証明書を添えて下さい。
- (4) 1 部施設控とし本会に 1 部提出して下さい。