

(様式3)

鹿児島県リハビリテーション施設協議会 変更届出書

鹿児島県リハビリテーション施設協議会長 様

下記のとおり変更がありましたので、届出いたします。

※太枠内は必ずご記入ください。

施設名 代表者名				印
変更年月日	年	月	日	
記入者名		連絡先 (TEL)		

※変更内容について、変更された項目に○を付けて内容をご記入下さい。

変更内容	変更前	変更後
法人名 施設名 代表者名 所在地 電話番号 FAX番号		

【施設の区分】※変更がある場合は、変更後の区分の番号○を付して下さい。

1	病院
2	診療所
3	介護老人保健施設
4	介護老人福祉施設
5	介護医療院（病院又は診療所に併設されるものを除く）
6	その他のリハビリテーション関連施設（ ）

【会費引去口座】※変更がある場合は、ご記入下さい。

銀行名	店名	口座番号	フリガナ
鹿児島銀行 南日本銀行 医師信用組合	本店 支店	普通 ・ 当座	義