**鹿児島県ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ施設協議会 変更届出書**

（様式３）

鹿児島県ﾘﾊﾋﾞ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 | その他のﾘﾊﾋﾞ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 | | |  | | | |
| 鹿児島銀行  南日本銀行  医師信用組合 | | 本店  支店 | | 普通  ・  当座 |  | |  | | | |
|  | | | |