【別紙様式第３号】

**しが介護職員定着等推進事業者登録事項変更届**

令和　　　年　　　月　　　日

滋賀県知事　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

登録事項に変更があったため、しが介護職員定着等推進事業者登録要綱第６条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

**１　登録番号** 第　　　　　　　号

**２　変更内容**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変　更　事　項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |

　※登録番号は登録証に記載してある番号を記入してください。

※「変更事項」欄には、法人の名称、代表者氏名、所在地、取組内容の別を記載してください。

**【連絡先】**

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 | 　　　　　　－　　　　　　　－ |
| E-mailアドレス |  |