

# 大野城市介護保険特定福祉用具販売事業者 登録事項変更届出

年 月 日

大野城市長 様

名 称 :

代表者名 :



介護保険法に基づく特定福祉用具の販売事業者として登録を受ける際に届け出た内容について変更がありましたので届け出ます。

届出事項を変更した事業所			
事業所名		介護保険 事業所番号	
住所	〒		

		変更年月日	年	月	日
変更があった事項		変更内容			
1	事業所名	変更前			
2	代表者の氏名				
3	事業所の所在地				
4	電話番号・FAX番号				
5	営業日・休業日・営業時間	変更後			
6	介護保険事業所番号				

※変更があった事項の番号に○をつけ、変更前・変更後の内容を記入してください。

※指定権者（県）への変更届出も併せて行ってください。

※保険者 記入欄	変更年月日	年	月	日	登録番号	—
-------------	-------	---	---	---	------	---