

様式 9

施設等異動報告書

____年 ____月 ____日

一般社団法人

埼玉県社会福祉事業共助会理事長 様

施設・団体番号

施設・団体名

代 表 者

印

所 在 地

電 話 番 号

F A X

下記のとおり異動があったので報告します。

種 類	異 動 前		異 動 後
施 設 の 名 称			
代 表 者			
所 在 地	〒 ー		〒 ー
異 動 年 月 日	年 月 日	理 由	

共助会受付印

--