第３号様式（第６条関係）

　　　年　　月　　日

高知県知事　様

所　在　地　〒

法人の名称

代表者役職・氏名

電話番号

**障害者支援施設等に準ずる者の認定事項変更承認申請書**

　　　年　　月　　日付け　高障保第　　　号により標記認定を受けた事項について、変更がありましたので、「高知県障害者支援施設等に準ずる者の認定等に関する要領」第６条に基づき、次のとおり申請します。

１　変更事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変　更　事　項 | 変更前 | 変更後 | 変更年月日 |
|  | 法人所在地又は住所 |  |  |  |
|  | 法人名又は氏名 |  |  |  |
|  | 代表者氏名 |  |  |  |
|  | 事業所名称 |  |  |  |
|  | 事業所所在地 |  |  |  |
|  | 主な取扱物品又は役務　（サービスの名称） |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※「変更事項」欄は、該当する項目に「○」を付すこと。

※本申請書には、変更内容を証明する書類を添付すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者 | 部署・職・氏名 |  |
| 電話・ＦＡＸ番号 | （電話）　　　　　　　（ＦＡＸ） |
| メールアドレス |  |