各地域介護支援専門員協議会 基本情報 **変更届**　【令和　　年度】

送付票は不要です。　　ＦＡＸ　０４３－２０４－３６３２　 メール　chibacmc@dream.ocn.ne.jp

・記載は変更部分のみで構いません。変更後の情報を記載し☑を入れてください。チェックボックスをクリックするとレ点が入ります。必ず変更日もお知らせください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 団体名称  **※必須** | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 設立年月日 | | 平成  令和 |  | 年 |  | 月 |  | | 日 | 会員数 | 個人 | |  | 団体 |  |
|  | 会　費 | | 入会金　　　　円 ／ 年会費　　　　円 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 助成等 | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 会　長  役職  氏名 | |  | | | | | | 職　種 | |  | | | | | |
|  | | | | | | 所属先 | |  | | | | | |
|  | 副会長  役職  氏名 | |  | | | | | | 職　種 | |  | | | | | |
|  | | | | | | 所属先 | |  | | | | | |
|  | | | | | | 職　種 | |  | | | | | |
|  | | | | | | 所属先 | |  | | | | | |
|  | | | | | | 職　種 | |  | | | | | |
|  | | | | | | 所属先 | |  | | | | | |
|  | 事　務　局  **※必須** | 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者 |  | | | | | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | | | | | | ＦＡＸ | |  | | | |
| E-mail |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 変更日**※必須** | | 上記の変更は　　令和　　年　　月　　日　　から | | | | | | | | | | | | | |
|  | 備　考 | |  | | | | | | | | | | | | | |

※本用紙は控えをお手元に残していただき、今後においても変更が生じた場合は、同様にお知らせくださいますようお願いいたします。