

様式2（第4条関係）

送信先：浜松市健康福祉部介護保険課 総務・給付グループ 担当者

**FAX：053-450-0084**

浜松市介護支援専門員連絡協議会会員登録内容変更届

浜松市介護支援専門員連絡協議会会長 様

令和 年 月 日

下記のとおり記載事項に変更がありましたので届け出ます。

記

<所属事業者（施設）>

事業所番号	2	2								
事業者（施設）名										
★住所（所在地）	〒									
★電話番号	( ) -									
★FAX番号	( ) -									
★メールアドレス										

\*個人会員の方は、上記★をご記入ください。

<変更内容がある会員>

	(フリガナ) 氏名	変更事項	変更内容等
1		氏名・事業所 連絡先・その他	
2		氏名・事業所 連絡先・その他	
3		氏名・事業所 連絡先・その他	
4		氏名・事業所 連絡先・その他	
5		氏名・事業所 連絡先・その他	

\*総会や研修会の開催は、原則として所属事業所（施設）あてに通知します。

\*上記ご記入いただいた情報は、会則の趣旨に基づいてのみ使用いたします。