

地域包括ケア推進課までメールまたはFAX してください

E-mail:hokatsu-care@city.funabashi.lg.jp

FAX: 0 4 7 - 4 3 6 - 2 8 8 5

まちかど案内所事業 連絡先等変更届

(申請者)

申請日付 令和 年 月 日

事業所の名称 _____

代表者氏名 _____

届出者氏名 _____

連絡先電話 _____

<変更内容>

事業所の名称	
住所	
担当者名	
電話番号	
電話以外の 通信手段	メールアドレス :
	FAX :
上記内容の変更新年月日	

※変更のある箇所だけご記入ください。

※更新年月日は申請日付と異なる場合にご記入ください。