〔様式７〕

その他変更届

公益社団法人群馬県老人保健施設協会　理事長　様

下記のとおり変更があったので届け出ます。

令和　　年　　月　　日

　　介護老人保健施設名

（団体賛助会員は会社名等名称）

　　 会　員　名

（押印省略）

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更内容 | 変更日 | 新 | 旧 |
|  | 年　月　日 |  |  |
|  | 年　月　日 |  |  |
|  | 年　月　日 |  |  |

　１．この届は、定床数変更（様式４）、会員変更（様式６）以外の場合で、申請内容に

変更があった際にご利用ください。

　２．記入欄が不足の場合は、枠を挿入してご記入ください。

　３．医師の場合は専門科目もご記入願います。

　　　 以上