様式第４号

通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）

提供事業所登録変更届出書

　年　　月　　日

吹田市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　（　　　）　　　　-

　次の事業所について、通所型サポートサービス（訪問型短期集中サポートサービス利用者対象）提供登録事業所の登録内容に変更がありましたので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 変更前 | | 変更後 | |
| 名称 |  | |  | |
| 所在地 |  | |  | |
| 機能訓練指導員 | 職種 |  | 職種 |  |
| 氏名 |  | 氏名 |  |

変更年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日