

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律

※〔 施術機関 助産機関 〕 ※〔 事業所の 事業者の 〕 ※〔 名 称 所 在 地 所 の 他 〕

変更届書

次のとおり変更しましたので届け出ます。

指定機関等	番 号	
	名 称(氏名)	
	所 在 地(住所)	
	開 設 者 名 (施術所又は助産所の)	
施術者又は助産師変更事項	旧	(氏名) (フリガナ) (生年月日) 年 月 日 (住所) 〒
	新	(氏名) (フリガナ) (生年月日) 年 月 日 (住所) 〒
施術所又は助産所 変更事項	旧	(名称) (所在地) 〒
	新	(名称) (所在地) 〒
変 更 年 月 日		年 月 日

年 月 日

吹 田 市 長 宛

住 所

届出者 (施術者又は助産者)

氏 名

福 祉 事 務 所 使 用 欄

吹田市福祉事務所収受印	通 信 欄

様式 第3-2号

注 意 事 項

この書類は、施術機関等の名称（氏名）又は所在地（住所）に変更があったとき、所要事項を記載して提出してください。

※ 施術機関の開設者が変更した場合は、変更届出書の提出は不要です。

記 載 要 領

1. 助産師又は施術者が届け出る場合には、その開設する助産所又は施術所について記載してください。
2. ※印のところは、不要のものを——で消してください。
3. 指定施術機関等の「番号」は、70から始まる7桁のコードを福祉事務所へ確認していただきご記入ください。
4. 施術医療機関等の「名称」は、正式の名称を用いて記載してください。