（様式第５号）

# 清里町認知症等高齢者ＳＯＳネットワーク協力事業者登録変更届出書

令和　　年　　月　　日

清 里 町 長　 様

住　　所
事業者名
代表者名　　　　　　　　　　　　　印

清里町認知症等高齢者ＳＯＳネットワーク協力事業者の登録内容について、下記のとおり変更するので届け出ます。
※以下、変更箇所について記入願います。

| 区　　分 | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
|---|---|---|
| 協力事業者<br>名　　称 | | |
| 住　　所 | | |
| 電 話 番 号 | | |
| FAX 番号 | | |
| Ｅ－ｍａｉｌ | | |
| 希　望　の<br>連 絡 方 法 | □FAX　□E-mail<br>□その他（　　　　　　　　） | □FAX　□E-mail<br>□その他（　　　　　　　　） |
| 担　当　者<br>（連絡先） | 所　属<br><br>役　職<br><br>氏　名 | 所　属<br><br>役　職<br><br>氏　名 |
| 変更年月日 | 令和　　年　　月　　日 | |