

# 東京都精神障害者共同ホーム連絡会 登録内容変更届

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所代表者名 \_\_\_\_\_

次の事項に変更がありましたので、お届けいたします。

※ 変更のある項目に☑をつけてください。

年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

運営主体 \_\_\_\_\_

事業所住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_