

様式 6

変 更 届

一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会会長 殿

下記のとおり変更があったので、届け出ます。

年 月 日

(ふ り が な)

介 護 老 人 保 健 施 設 名

(ふ り が な)

会 員 名

⑩

記

	変更内容	変 更 日	新	旧
定員	定 床 数	年 月 日	床	床
	認 知 症 専 門 棟	年 月 日	床	床
	通所リハビリ テーション	年 月 日	人	人
	通 所 介 護	年 月 日	人	人
その他		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

*当書式は会員の変更以外（施設名・住所・ホームページ等）の際にご記入下さい。なお、開設者・施設長・管理者変更の際には、職種（医師の場合は専門科目）・ふりがなもご記入下さい。

以上