指定障害児通所支援事業者（指定障害児入所施設）変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　香川県知事　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　　主たる事務所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　次のとおり指定障害児通所支援事業者（指定障害児入所施設）の指定の内容の変更について届け出ます。

１　事業所番号

２　事業所（施設）の名称

３　事業所（施設）の所在地

４　事業（施設）の種類

５　変更の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変　更　事　項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  |  |  |

６　変更の理由

７　変更年月日

（注）

　１　変更内容が分かる書類を添付すること。

　２　変更の日から10日以内に届け出ること。