

令和 年 月 日

高知市長 様

住所 \_\_\_\_\_

法人名 \_\_\_\_\_

職名・代表者 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

変更届

令和 年 月 日付で，指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約に係る

☐請求，報告等に使用する印

☐法人住所

☐代表者氏名

を以下のとおり変更しましたので届け出ます。

| 変更前 | 変更後 | 理由                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |     | <div><input type="checkbox"/>紛失のため</div> <div><input type="checkbox"/>摩耗のため</div> <div><input type="checkbox"/>移転のため</div> <div><input type="checkbox"/>代表者変更のため</div> <div><input type="checkbox"/>代表者氏変更のため</div> |