

様式第3号（第5条関係）

地域生活支援拠点等変更届出書

年 月 日

（宛先）射水市長

届出者 所在地  
 事業者名  
 代表者名

次のとおり登録を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

事業所番号 (指定障害福祉サービス 事業所等の場合)			
事業の種類			
変更があった事項		変更前	変更後
1	事業所の名称		
2	事業所の所在地		
3	事業所の連絡先		
4	地域生活支援拠点等として担う機能	<input type="checkbox"/> ①相談 <input type="checkbox"/> ②緊急時の受け入れ・対応 <input type="checkbox"/> ③体験の機会・場 <input type="checkbox"/> ④専門的人材の確保・養成 <input type="checkbox"/> ⑤地域の体制づくり	<input type="checkbox"/> ①相談 <input type="checkbox"/> ②緊急時の受け入れ・対応 <input type="checkbox"/> ③体験の機会・場 <input type="checkbox"/> ④専門的人材の確保・養成 <input type="checkbox"/> ⑤地域の体制づくり
	担う機能の具体的な内容		
変更年月日		年 月 日	

※変更後10日以内に届け出てください。