

営 業 報 告 事 項 変 更 届

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長殿

届出者 郵便番号

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号（ ） —

〔法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名〕

次のとおり営業報告事項に変更が生じたので、届け出ます。

|                             |         |              |
|-----------------------------|---------|--------------|
| 営 業 所 の 所 在 地               |         | 電話番号（ ） —    |
| 営 業 所 の 名 称                 |         |              |
| 営 業 の 種 類                   |         |              |
| 営業報告済みの証票の<br>年 月 日 及 び 番 号 |         | 年 月 日<br>第 号 |
| 変 更 年 月 日                   |         | 年 月 日        |
| 変 更 内 容                     | 変 更 事 項 |              |
|                             | 変 更 前   |              |
|                             | 変 更 後   |              |
| 備 考                         |         |              |