

様式3 (第5条第3項関係)

佐賀県難病患者就労支援事業所等登録事項変更届

平成 年 月 日

佐賀県健康福祉部健康増進課長 様

所在地 〒

登録事業所等名

代表者職・氏名

⑨

TEL

担当者名

平成 年 月 日付けで登録のあった内容について、下記のとおり変更しましたので、届け出ます。

| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
|------|-----|-----|
| | | |
| | | |
| | | |