

保健事業実施機関 変更届出書

令和 年 月 日

柏市長 宛て

(届出者) ※変更前の内容で記載

指定番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 施設名 _____

開設者・管理者 (法人の場合は法人名及び職・氏名) _____ (ふりがな)

法人名 _____ 職・氏名 _____

連絡先電話番号 _____

保健事業実施機関について、指定内容に変更がありますので、柏市国民健康保険等保健事業利用規則第11条第1項の規定により、次のとおり届け出します。

↓ 変更する事項の欄のみ○印を付け、内容を記入してください。

	施設の名称	(旧)	
		(新)	
	開設場所 (所在地)	(旧)	〒 _____ 電話番号 _____
		(新)	〒 _____ 電話番号 _____
	運動事業実施 責任者	(旧)	
		(新)	
	その他		

○添付書類

- 1 保健事業実施機関 変更届出書別紙
→運動教室に変更がある場合
- 2 保健事業実施施設指定書
→施設の名称が変更になった場合

<受付>

変更日 令和 年 月 日

保健事業実施機関 変更届出書別紙

令和 年 月 日

施設の名称： _____

↓ いずれかに○印を付け、内容を記入してください。(削除の場合、教室名のみ記入)

	運動教室名*	実施回数*	税込費用*	定員*	募集回数*	実施概要・申込み開始日
・追加 ・変更 ・削除		回	円	人	回 /年度	
・追加 ・変更 ・削除		回	円	人	回 /年度	
・追加 ・変更 ・削除		回	円	人	回 /年度	
・追加 ・変更 ・削除		回	円	人	回 /年度	
・追加 ・変更 ・削除		回	円	人	回 /年度	
・追加 ・変更 ・削除		回	円	人	回 /年度	
・追加 ・変更 ・削除		回	円	人	回 /年度	
・追加 ・変更 ・削除		回	円	人	回 /年度	
・追加 ・変更 ・削除		回	円	人	回 /年度	
・追加 ・変更 ・削除		回	円	人	回 /年度	

※保健事業利用券交付者に配付する名簿に掲載する内容となります。