

高知県社会福祉法人経営者協議会 御中

年 月 日

法人名 印

住所

施設名 印

住所

社会福祉施設総合保険制度変更届

変 更 前 内 容	変 更 後 内 容

変更前の内容と変更後の内容を具体的にご記入下さい。

FAX送信先 088-844-9443