

**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

**施設車両変更届**

NO	新車両登録ナンバー(加入)	定員数	NO	脱退車両登録ナンバー	定員数

**FAX送信先 088-844-9443**

※新しく加入となるお車の車検証と一緒にFAXにてお送りください。