障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）変更届出書

年　　月　　日

　　　香川県知事　　　　　殿

届出者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（法人にあっては、主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者の指氏名）

　次のとおり障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）の変更について届け出ます。

１　名称

２　種類

３　所在地

４　開始届出年月日

５　変更の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変　　更　　事　　項 | 変　　　更　　　前 | 変　　　更　　　後 |
|  |  |  |

６　変更の理由

７　変更年月日

（注）

１　知事が必要と認める書類を添付すること。

２　氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。