|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構　理事長　あて

住　所　〒

名　称

代表者　 　　実印

変　　更　　届

下記の事項について、変更が生じましたのでお届けします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更年月日 |  | | | | | | | |
| 変更理由 |  | | | | | | | |
| 変更事項  （○を記入） |  | 団体名称  （法人格含む） |  | 代表者 |  | 団体住所 |  | 連絡先  （メールアドレス） |
| 変更前 | 団体名：  代表者名：  団体住所：〒  メールアドレス： | | | | | | | |
| 変更後 | 団体名：  代表者名：  団体住所：〒  メールアドレス： | | | | | | | |

※　次の資料を必要に応じて添付してください。

【法人の場合】

１　履歴事項全部証明書（写）

２　定款・寄付行為（写）

３　役員名簿（写）（代表者、法人格の変更の場合のみ）

４　代表者略歴（指定様式）（代表者変更の場合のみ）

５　印鑑証明書

【任意団体の場合】

１　変更事項に関する役員会の議事録（写）

２　団体規約（写）（団体名変更の場合のみ）

３　役員名簿（写）（代表者変更の場合のみ）

４　代表者略歴（指定様式）（代表者変更の場合のみ）

５　団体住所が確認できるもの（写）（団体住所変更の場合のみ）

６　印鑑証明書