|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

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

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 |
|  | WAM連絡システム登録メールアドレス |
| 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（任意様式）（代表者変更の場合のみ）

５　印鑑登録証明書（写）

【任意団体の場合】

１　変更事項に関する役員会の議事録（写）もしくはそれに代わるもの

２　団体規約（写）（団体名変更の場合のみ）もしくはそれに代わるもの

３　役員名簿（写）（代表者変更の場合のみ）

４　代表者略歴（任意様式）（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）もしくは

それに代わるもの

６　印鑑登録証明書（写）