**大北シニア活動応援団体登録事項変更届**

平成　　年　　月　　日

長野県大町保健福祉事務所長　　様

登録番号

企業・団体名

代表者名

　下記のとおり登録内容を変更します。

|  |
| --- |
| 変更する項目に〇を記入し、変更後の内容を記入してください。 |
|  | （ふりがな）名　　称 |  |
|  | 住　　所 | 〒 |
|  | 代表者名（職・氏名） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
|  | 事業内容（業種等） |  |
|  | 構成員等数 |  |
|  | 担当者職氏名 |  |
|  | 連絡先等 | 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mailアドレス |  |
|  | その他 |  |