

介護保険特定福祉用具販売費受領委任払い契約用
事業者登録(変更)票

平成 年 月 日作成

| | | |
|---|-----------|--|
| 名 称 等 | ふ り が な | |
| | 称 号 | |
| | 所 在 地 | |
| | 代 表 者 氏 名 | |
| | 担 当 部 署 名 | |
| | 担 当 者 名 | |
| | 電 話 番 号 | |
| | F A X 番 号 | |
| | E メール | |
| | 口 座 振 替 先 | |
| 備 考 | | |

登録内容に変更があった場合、変更事項を記入し御殿場市へ提出すること。