

FAX 送信先:株式会社全福サービス(03-3258-8878)

(公財)介護労働安定センター 介護事業者賠償責任補償  
変更届

**変更** 変更の場合は、変更に○をし、変更した事項のみ記入してください。

**統合** 統合の場合は、統合に○をし、旧内容欄に統合前の全てのコード番号を記入し、新内容欄に統合後に登録する事業者名等を記入し、統合後に使用するコード番号を1つ選んで記入してください。

変更事項	旧内容	新内容	変更年月日
コード番号			
都道府県			
フリガナ			
法人・事業所名			
フリガナ			
代表者名			
所在地	〒	〒	
電話番号	— —	— —	
FAX 番号	— —	— —	
サービスの追加等	※補償加入時以降の新規事業追加時に、新たな従業員の雇用がない場合は、右に追加のサービス・事業所名をご記入のうえご提出ください。	介護保険法に基づくサービス 障害者総合支援法に基づくサービス	

上記のとおり変更しますので、報告します。

年 月 日

法人・  
事業所名

代表者名

印

受付

記入上の注意

1. 本用紙は、コピー使用可
2. 加入申込み後、加入依頼書に記載した内容に変更等が生じた場合は、(株)全福サービスまで本変更届の提出をお願いいたします。

(個人情報の利用目的)本状記載の個人情報につきましては、保険事務手続きのために利用させていただきます。