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

コード番号	

変更した事項のみ入力してください。

変更事項	旧内容	新内容	変更 年月日
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** 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 □ 児童福祉法に基づくサービス 追加のサービス 事業所名	

上記のとおり変更しますので、報告します。

受　付

報告日　　年　　月　　日

法人・事業所名

代表者名　　印

ご連絡先

（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。