|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録可否 | 登録年月日 | 登録番号 |  | 決  定 | 課 長 | 係 長 | 係 員 |
| 可・否 | 年　月　日 |  |  |  |  |
|

第２号様式

※区使用欄

**品川区高齢者福祉団体登録事項変更届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

品川区長　あて

（申請者）

　※代表者と異なる場合のみ記入

以下のとおり、品川区高齢者福祉団体の登録事項の変更を申請します。

**廃止の場合は太枠内のみ**ご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号（８桁） |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | 変更年月日  　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 団体名（変更前） | (フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者名（変更前） | (フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | 活動内容  （変更前） | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 変更事項（該当するものに☑し、変更した内容の詳細を届け出てください）  □廃止　　□団体名　　□代表者　　□連絡担当者　　□活動内容　　□メールアドレス　　□パスワード  □名簿（全構成員）※添付のとおり　　□その他（　　　　　　　　　） ※添付のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 団体名  （変更後） | (フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者氏名  （変更後） | (フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | 連絡先 | | | 電話番号① | | | | | | | | | | | |
| 電話番号② | | | | | | | | | | | |
| 代表者住所  （変更後） | （〒　　　　-　　　　　　）  品川区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡担当者  氏名（変更後） | (フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | 連絡先 | | | 電話番号① | | | | | | | | | | | |
| 電話番号② | | | | | | | | | | | |
| 連絡担当者  住所（変更後） | （〒　　　　-　　　　　　）  品川区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 活動内容（変更後） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設予約システム  登録メールアドレス  （変更後） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設予約システム  パスワード（変更後）＊ |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ＊パスワード：①半角大文字英字　②半角小文字英字　③半角数字 が混在した8文字以上24文字以内（記号不可） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |