【様式第３号】

**「滋賀県働く障害者を応援する農福連携モデル事業所」認定事項変更届**

　　　年　　　月　　　日

(宛先)

滋賀県健康医療福祉部障害福祉課長

所在地　〒　　　－

事業所の名称

代表者名

認定事項に変更があったため、滋賀県働く障害者を応援する農福連携モデル事業所認定制度実施要綱第６条の規定により、下記のとおり届け出ます。

**１　認定番号**第　　　　　　　号

**２　認定年月日**　　年　　　月　　　日

**３　変更内容**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変　更　事　項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |

※認定番号および認定年月日は認定証に記載してある番号、年月日を御記入ください。

※「変更事項」欄には、事業所の名称、代表者氏名、所在地、認定内容の別を記載してください。

**４　担当者名等をご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者名 |  | 部署・役職 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  | | |

**５　問合せ・提出先**

　　本書は、滋賀県健康医療福祉部障害福祉課へ御提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 滋賀県健康医療福祉部  障害福祉課 | 〒520-8577　　滋賀県大津市京町四丁目１番１号  電　話　　077－528－3542　　FAX　　077－528－4853  メール　　ec0003@pref.shiga.lg.jp |