

支部長印

# 変 更 届

公益社団法人全国老人保健施設協会会長 殿

下記のとおり変更があったので、届け出ます。

平成 年 月 日

介護老人保健施設名  
(団体賛助会員の場合は会社名等名称)

会 員 名 印

## 記

変更内容	変更日	新	旧
定 員	定 床 数	年 月 日	床
	認知症専門棟	年 月 日	床
	サテライト型	年 月 日	床
	分 館 型	年 月 日	床
	通所リハビリ テーション	年 月 日	人
	訪問リハビリテーショ ンの実施の有無	年 月 日	有 ・ 無
そ の 他		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

\* 当書式は会員の変更以外（施設名・住所・ホームページ URL・メールアドレス等）の際にご記入下さい。なお、開設者・施設長・管理者変更の際には、職種（医師の場合は専門科目）・ふりがなもご記入下さい。

\* 正会員及び準会員は、必要事項を記入し、所属支部長印を受けてから協会事務局あて送付してください。（賛助会員については、支部長印は結構です。原本を直接送付してください。）

以上