

福祉保健研修交流センター ウィリング横浜 利用登録内容変更依頼書

申込日： 年 月 日

利用者 ID	団体名	
ふりがな	TEL	
依頼者氏名	— —	

利用登録内容変更 変更箇所をチェック☑を入れ、変更箇所のみご記入ください。

☐	団体名変更	ふりがな		
		団体名		
☐	代表者変更	ふりがな		
		代表者名		
		代表者住所 〒		
		代表者 TEL	代表者 FAX	
		代表者 E-mail		
☐	連絡担当者変更	ふりがな		
		担当者名		
		担当者住所 〒		
		担当者 TEL	担当者 FAX	
		担当者 E-mail		

※現在、福祉保健活動区分の登録団体が内容を変更する場合、再審査の為に活動内容を示す資料が必要となる場合があります。

※取得した個人情報とは、「社会福祉法人横浜市社会福祉協議会個人情報保護に関する方針」にもとづき適切に処理致します。

【事務局記入欄】

受付者	入力者	確認者
／	／	／