

変 更 届

社会福祉法人みずものがたり
おへそグループ
施設長 殿

下記の通り変更いたしましたので届出いたします。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

園児名 _____

【変更事項】

- 自宅（住所・電話） 職場（住所・電話） 保険証 医療費受給資格者証
 その他（ _____ ）

※保険証・医療費受給資格者証変更の場合はコピーを添付してください。

| | |
|-----|--|
| 旧住所 | 〒 TEL () — |
| 新住所 | 〒 TEL () — |

| | |
|-----|--|
| 旧職場 | 〒 TEL () — |
| 新職場 | 〒 TEL () — |

| 確認欄 | | |
|-----|--------|----|
| 園長 | 担当主幹教諭 | 事務 |
| | | |