

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