

様式 5

「^{えがお}愛顔の^{けんこう}健口支援協力事業所」認定変更申請書

年 月 日

愛媛県中予保健所長 様

(認定番号：)
事業所名
代表者職
氏 名 印

年 月 日付で認定のあった「愛顔の健口支援協力事業所」について、
下記のとおり申請した内容を変更したいので申請します。

記

		新	旧
事業所名			
代表者職氏名			
所在地			
連絡先	担当者名		
	電話		
	F A X		
	E-mail		
事業所種別			
県 HP 掲載希望の有無			
貴 H P ア ド レ ス			

(注意事項)

変更があった項目について記載すること。なお、事業所種別、県 HP 掲載希望の有無については、下記の番号を記載すること。

<事業所種別>

- | | | |
|---------------------|----------------|----------|
| 1 農業・林業・漁業 | 2 鉱業 | 3 建設業 |
| 4 製造業 | 5 電気・ガス・熱供給・水道 | 6 情報通信業 |
| 7 運輸業 | 8 卸売・小売業 | 9 金融・保険業 |
| 10 不動産業 | 11 飲食店・宿泊業 | 12 医療・福祉 |
| 13 教育・学習支援業 | 14 複合サービス業 | |
| 15 サービス業 (他に分類されない) | | |

県 HP 掲載希望の有無 1 : 希望する 2 : 希望しない