様式３

**いしかわ障害者雇用推進カンパニー変更届**

 　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　石川県知事　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（住　　所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称及び

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名）

　次のとおり変更したいのでいしかわ障害者雇用推進カンパニー認定要領第８により届け出ます。

　　１　変更年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

　　２　変更内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 住　　所 |  |  |
| 名　　称 |  |  |
| 代表者氏名 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| ＦＡＸ番号 |  |  |
| ホームページアドレス |  |  |

（障害者就業支援事業所施設）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 事業所住所 |  |  |
| 事業所名 |  |  |
| 事　業　所ホームページアドレス |  |  |

※注　変更する項目のみ記載してください。