

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)

印

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 令和 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		
F A X 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。