

令和 年 月 日

宮城県老人保健施設協会 様

施設名

施設長名

印

### 登録事項の変更について

下記の通り変更があったので届け出ます

変更内容	変更前	変更後
フリカナ 施設長名		
フリカナ 事務連絡担当者名  (役職)	( )	( )
定員	定床数 床  (内認知症専門棟 名)  通所リハ 名	定床数 床  (内認知症専門棟 名)  通所リハ 名
その他変更事項		