

届出番号：

別記第 19 号様式の（１）（第 18 条関係）

変 更 届

事業場	種類	令第 41 条第 号に規定する事業	
	ふりがな		
	名称		
	所在地	〒 区 神戸市 TEL () -	
取扱品目			
変更内容	事項	変更前	変更後
変更年月日		年 月 日	
備考		(ふりがな) 申請担当者 連絡先 TEL () -	

上記により、変更の届出をします。また、資格関係書類等の写しを添付している場合は原本と相違ないことを誓約します。

年 月 日

住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

〒 -

(ふりがな)

氏 名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

TEL () -

神戸市保健所長 あて

（注意）

- 1 用紙の大きさは日本産業規格 A 列 4 番とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。