**【精神がい者ピアサポーター協力事業所登録変更・削除申出書】**

福島県精神保健福祉センター　所長　様

下記のとおり、登録の　変更　・　削除　　を申し出ます。

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　協力事業所名

　　　　　　　　　　　　　　担当者名

**※変更の場合は、変更項目のみ下欄にご記入願います。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | | 変更前 | 変更後 |
| 事業所  (機関)名 | |  |  |
| 住　所 | | 〒 | 〒 |
| 担 当 者 | 所属  部署 |  |  |
| 職名 |  |  |
| 氏名 |  |  |
| 連 絡 先 | TEL |  |  |
| FAX |  |  |
| ﾒｰﾙ  ｱﾄﾞﾚｽ |  |  |
| 登録削除希望の理由 | | ※登録削除希望の場合のみ、ご記入下さい。 | |