（様式第２号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

「福岡県身体拘束ゼロ宣言」登録事項変更届

福岡県知事　殿

（保健医療介護部介護保険課）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名　　　　　　　　　　　㊞

　令和　　年　　月　　日に届出た「福岡県身体拘束ゼロ宣言」の登録内容について、下記のとおり変更がありましたので、「福岡県身体拘束ゼロ宣言」事業実施要綱第５条の規定により、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更内容  （○を記入） | １．事業所の所在地　２．事業所の名称　３．事業所の連絡先  ４．県ホームページでの掲載の希望 |
| 事業所の  所在地 | （旧）  （新） |
| 事業所の  名称 | （旧）  （新） |
| 事業所の  連絡先 | （旧）  （新） |
| 県ホームページでの掲載の希望 | （旧）  （新） |