令和 年　　月　　日

認証委員会・受託運営事務局宛

医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度　変更届

**申請者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名称（企業名） |  |
| 本変更届の対象認定番号 |  |
| 本変更届の対象分野 |  |
| 本変更届の提出者 |  |
| 担当者電話番号 |  |
| 担当者メールアドレス |  |

**変更内容（変更する項目のみ記載ください）**

**１．事業者名称（企業名）**

　　変更後の事業者名称（企業名）：

　　変更日：

**２．代表者**

　　新代表者の役職位及び氏名：

　　変更日：

**３．本社所在地**

　　変更後の本社所在地：

　　変更日：

**４．本制度の担当者**変更する　/　追加する　（該当する選択肢を残してください）

　　　　∟担当者氏名：

　　　　　ふりがな：

　　　　　住所：

　　　　　所属部署：

　　　　　電話番号：

　　　　　メールアドレス：

**５．合併、分社化等**

　　許可番号が変わる　/　許可番号は変わらない（該当する選択肢を残してください）

変更後の事業詳細：

**６．事業の休止・廃止**

認定期間中に再開予定がある場合（休止）

　　　　　　　休止日：

　　　　　　　再開予定日：

　認定期間中に再開予定がない場合（廃止）

　　　　　　　廃止日：

**７．サービスブランド・事業部の名称変更**

　　　　　　 変更後のサービスブランド・事業部名称：

　　　　　　 変更日：

　　　　　　※WebサイトのURLの変更がある場合は、項目「１０」の該当する情報もご記載ください。

**８．対応エリアの変更**

変更後の対応可能エリア：

変更日：

**９．認定及び取り扱い職種のサービス停止**

停止する職種：

停止日：

**１０．WebサイトのURL変更**

コーポレートサイト

新URL：

変更日：

手数料の公表

新URL：

変更日：

　　　　　　求職者向けサービス

新URL：

変更日：

求人者向けサービス

新URL：

変更日：

苦情窓口

新URL：

変更日：

**１１． 一括問い合わせ機能に関する情報変更**

問い合わせを通知するメールアドレス：

利用意向について：利用継続　/　利用停止　（ご意向に沿う選択肢を残してください）

以上