

# メイト情報変更依頼書

メイトID

千葉- -

氏名

電話番号

依頼主( 〇〇県 〇〇市 〇〇課 )担当者氏名

千葉県高齢者福祉課認知症対策推進班

部分は必ず記入して下さい。

## 変更前

|                  |  |
|------------------|--|
| 氏名(名字)           |  |
| 氏名(名前)           |  |
| 所属自治体名<br>(都道府県) |  |
| 所属自治体名<br>(市区町村) |  |
| 郵便番号             |  |
| 住所1<br>(都道府県)    |  |
| 住所2<br>(市区町村)    |  |
| 住所3              |  |
| TEL              |  |
| FAX              |  |
| Email            |  |
| 所属(勤務先等)         |  |

## 変更後

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※この様式は「氏名」または「所属自治体名」を変更する場合のみご使用ください。  
「住所」「電話番号」「FAX番号」「Email」「所属(勤務先等)」のみを変更する場合は自治体事務局において入力システム上で修正してください。

※登録情報の変更が必要な項目のみ、「変更前」「変更後」の内容を明記して下さい。

★登録必須項目(変更があった場合は、必ずご記入ください)

- ・「所属自治体名」
- ・「住所」「電話番号」「FAX番号」「Email」のいずれか(確実に連絡がとれるもの)

千葉県庁から全国キャラバン・メイト連絡協議会へ変更の連絡を行います。

メール送信先: kourei6mz.pref.chiba.lg.jp

郵送先: 〒260-8667 千葉県千葉市中央区市場町1-1 千葉県高齢者福祉課認知症対策推進班