（様式５）

岩手県農福連携応援マーク許諾内容変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

岩手県保健福祉部

障がい保健福祉課総括課長　　様

〒

住所

事業所名

代表者職

代表者氏名

令和 年 月 日付け許諾番号　　　で岩手県農福連携応援マーク使用の許諾を受けた商品について、次のとおり内容を変更したので届出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 許諾を受けていた内容 | 変更内容 |
| 商品名 |  |  |
| 商品の概要（販売価格・販売先） |  |  |
| 作業の受託内容（交付要綱第３(2)イの場合） |  |  |
| 連絡先 |  |  |

※変更のあった事項のみ記載してください。