（様式第３号）

長野県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所変更登録申請書

令和　　年（　　　年）　　月　　日

（長野県指定介護支援専門員研修実施機関）

社会福祉法人長野県社会福祉協議会長　様

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　公印

　令和　　年　　月　日付け（番号）にて承認いただいた標記について、下記のとおり登録を変更したく、必要書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 内容 | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | 法人名 |  | | | | | | | | | | | |
| 変更前内容  ※該当部分のみ | 事業所番号 |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所代表者 |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | FAX番号 | | |  | | | | |
| 担当者名 |  | | | | | | | | | | | |
| 変更後  内容 | 変更期日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 変更項目  ※該当の項目にチェックを入れてください。 | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 法人名 |  | 電話番号 | |  | 事業所番号 |  | FAX番号 | |  | 事業所名 |  | 担当者名 | |  | 事業所代表者 |  | 実習指導者 | |  | 住所 |  | その他 | | | | | | | | | | | | |
| 変更内容詳細 |  | | | | | | | | | | | |

≪添付書類≫

　実習指導者の追加のみ　様式1号の添付書類