

(様式 14-2)

受付番号

年 月 日

知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

㊟

登録研修機関変更登録届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第6条に定める登録研修機関の登録について、登録された内容を変更するため、同法附則第11条の規定に基づき届け出ます。

登録研修機関登録番号														
申請者	フリガナ													
	事業所名称													
	事業所所在地	(郵便番号 -)		都 道		市 区								
		府 県		町 村										
		(ビルの名称等)												
	電話番号													
変更が発生する事項					変更内容の概要									
1. 設置者に係る事項					(変更前)									
	①代表者氏名													
	②代表者の住所													
	③事業所の名称													
	④事業所の所在地													
	⑤法人の寄附行為又は定款													
2. 登録研修機関の登録に係る事項										(変更後)				
	①講師													
	②講習カリキュラム													
	③講習で使用する施設													
	④実地研修実施施設・設備													
	⑤実地研修実施施設責任者													
変 更 年 月 日					年 月 日									

- 備考 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「登録研修機関登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
 - 変更が発生する項目番号に「○」を記載してください。
 - 変更内容の概要について、変更点がわかるように記載し、合わせて関連する資料の名称を記載してください。
 - 変更内容が分かる書類を添付してください。