第３号様式

　　　　　年　　月　　日

石川県健康福祉部長寿社会課長　殿

所在地

　　　　事業所名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

**石川県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録事項変更届出書**

介護支援専門員実務研修実習受入事業所の登録について、下記のとおり変更となりましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現在の登録内容 | フリガナ |  | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | |
| 事業所番号 |  | | | | |
| 事業所分類 | 施設　　　居宅　　　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | FAX番号 |  |
| メールアドレス | |  | | |
| 代表者名 | フリガナ |  | | 職名 |  |
| 氏名 |  | |
| 変更内容 | 変更項目 | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 事業所名 |  | 事業所分類 | |  | 所在地 |  | 電話番号 | |  | FAX番号 |  | 代表者氏名・職名 | |  | 実習指導者※ |  | その他 |   該当項目に○を記入し、「変更後内容」の欄にその内容を記入してください。 | | | | |
| 変更後内容※ |  | | | | |

※「変更後内容」の欄には、カッコ書きで変更年月日も記入してください。（複数の変更項目がある場合は、それぞれの変更年月日を記入）

※実習指導者が変更もしくは追加となった場合は、「変更後内容」の欄に、主任介護支援専門員の氏名、介護支援専門員証登録番号もあわせて記入してください。