（様式１５）

受付番号	

年　月　日

長崎県知事　殿

主たる事業所の

所　在　地

申　請　者

代 表 者 名

登録研修機関 業務規程変更届出書

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、業務規程の内容を変更するため、同法附則第１２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 内 容 の 概 要	
（変更前） （変更後）	
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。

２　「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。

３　変更内容の概要について、変更点がわかるように記載し、合わせて関連するページ数を記載してください。

４　改定後の業務規程を添付してください。