

(様式14-2)

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)				
	代表者氏名								
	代表者の住所								
	事業所の名称								
	事業所の所在地								
	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)				
	講師								
	講習カリキュラム								
	講習で使用する施設								
	実地研修実施施設・設備								
	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。
- 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 変更が発生する項目番号に「 」を記載してください。
- 4 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。
- 5 変更内容が分かる書類を添付してください。