

(様式第5号)

受付番号	
------	--

年 月 日

千葉県知事 様

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13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18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。