附則様式第11号(附則第9項関係)

年　　月　　日

　福井県知事　様

所在地

届出者　名称

代表者氏名

(法人以外にあっては、住所および氏名)

担当者名

(連絡先電話番号)(　　　　　　　　　　　　　　)

登録研修機関変更登録届出書

　登録を受けた内容を変更するため、社会福祉士及び介護福祉士法附則第18条および第19条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録研修機関登録番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 登録研修機関 | フリガナ | 　 |
| 事業所の名称 | 　 |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　―　　) |
| 　　　　都道　　　　府県 | 市区町村 |
| (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)(変更後) |
| 　 | ①　申請者の氏名または名称 |
| 　 | ②　申請者の住所または所在地 |
| 　 | ③　代表者の氏名 |
| 　 | ④　事業所の名称 |
| 　 | ⑤　事業所の所在地 |
| 2　業務規程 |
| 変更年月日 | 年　　　　月　　　　日　　 |

備考

　1　「登録研修機関登録番号」欄には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。

　2　変更が発生する項目番号に「○」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、併せて関連する書類の名称を記載してください。

　4　変更内容が分かる書類を添付してください。