事業所 →県社協

**※ FAX不可、原本提出**

**※ 委託契約締結後に事業所名・住所等に変更のあった場合に使用**

**介護支援専門員実務研修「見学・観察実習」**

**登録内容変更届**

年　　　月　　　日

（住　所）〒　　　　－

（事業所名）

㊞

（記入者氏名）**※実習受入担当者**

　電話（　　　　　）　　　　 　―

以下のとおり変更（　加算取得　・　事業所名 ・ 所在地 ・ その他　）がありましたので報告します。　※変更があった項目を○で囲む。

１　特定事業所加算取得有無の変更

加算有 ・ 加算無

２　事業所名の変更

|  |  |
| --- | --- |
| 新 事業所名 |  |
| 旧 事業所名 |  |

３　事業所所在地（住所）の変更

|  |  |
| --- | --- |
| 新　住　所 | 〒　　　　　－  電話（　　　　）　　　　－ |
| 旧　住　所 | 〒　　　　　－  電話（　　　　）　　　　－ |

４　その他の変更（※管理者変更は届出不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 新 |  |
| 旧 |  |