

(様式 15)

受付番号

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 所在地
同 名称
代表者 職 氏名

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13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19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		
	名称		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村 (ビルの名称等)	
	電話番号/FAX 番号	/	
喀痰吸引等研修を実施する事業所	フリガナ	フリガナ	
	事業所の名称	事業所の代表者名	
	事業所等の所在地	(郵便番号 -) 山形県 郡市 (ビルの名称等)	
	電話番号/FAX 番号	/	
	メールアドレス (PC)		
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。
- 「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。
 - 改定後の業務規程を添付してください。