

第3号様式

年 月 日

香川県健康福祉部長寿社会対策課長 様

所在地

法人・事業所名

代表者氏名

香川県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所変更届

年 月 日付けで承認のあった標記登録について、下記のとおり変更するので、必要書類を添えて届け出ます。

現在の登録事業所内容	法人名			
	事業所番号			
	事業所名			
	代表者名			
	住所	(郵便番号 —)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	担当者名			
	特定事業所加算の有無 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> I ・ <input type="checkbox"/> II ・ <input type="checkbox"/> III ・ <input type="checkbox"/> 無 (令和 年 月に を取得予定)		
変更内容	変更年月日	年 月 日		
	変更項目 ※該当項目に○をつけてください。	法人名		電話番号
		事業所番号		FAX番号
		事業所名		担当者名
		事業所代表者名		実習指導者
		住所		その他
変更後内容				

《添付書類》

○実習指導者が追加あるいは交代の場合、

① 新たな指導者の介護支援専門員証の写し

② 新たな指導者の直近の主任介護支援専門員研修あるいは主任介護支援専門員更新研修の修了証の写し