（様式14－２）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

　　　　　香川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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（昭和62年法律第30号）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）  （変更後） | |
|  | ①氏名又は名称 | | | | | | | | |
|  | ②住所 | | | | | | | | |
|  | ③代表者の氏名 | | | | | | | | |
|  | ④事業所の名称 | | | | | | | | |
|  | ⑤事業所の所在地 | | | | | | | | |
|  | ⑥喀痰吸引等研修の業務開始の予定年月日 | | | | | | | | |
|  | ⑦法人の寄付行為又は定款 | | | | | | | | |
| ２．登録研修機関の登録に係る事項 | | | | | | | | | |
|  | 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。

　　　　　　２　「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。

　　　　　　３　変更が発生する項目番号に「○」を記載してください。

　　　　　　４　変更内容の概要について、変更点が分かるように記載し、併せて関連する資料の名称を記載してください。

　　　　　　５　変更内容が分かる書類を添付してください。