（別記様式１４－２）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　　　年　　月　　日

　熊本県知事　様

主たる事業所の

所　　在　　地

届　　出　　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附則第１３条に規定す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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 届出者 | 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代表者の氏名 |
|  | ②代表者の住所 |
|  | ③事業所の名称 |
|  | ④事業所の所在地 |
|  | ⑤法人の寄附行為又は定款 |
| 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　変更の内容の概要について、変更点がわかるように記載し、合わせて関連する資料の名称を記載してください。

　　　　５　変更の内容が分かる書類を添付してください。