（様式第２号）

同行援護従業者養成研修

変更届出書

年　　月　　日

　熊本県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 法人の主たる　事務所の所在地 | 〒 |
| 法人名称及び　代表者職氏名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |

指定を受けた研修事業について、次のとおり変更したいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 名称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 連絡先 | TEL |  | FAX | |  |
| 研修事業の名称 | |  | | | | |
| 変更事項 | |  | | | | |
| 変更内容 | | 変更前 | | | 変更後 | |
|  | | |  | |
| 変更年月日 | | 年　　　　月　　　日 | | | | |
| 変更理由 | |  | | | | |
| 備考 | |  | | | | |

注　必要に応じ、変更内容がわかる書類を添付してください。