別紙２

年　　月　　日

福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課長　殿

所在地

事業者名

代表者職・氏名

福岡県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所変更届出書

介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録を受けた内容について、下記のとおり変更となりましたので届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録を受けた介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所 | | | | |
| 事業所名称 |  | | | |
| 事業所番号 |  | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 変更事項　※変更箇所のみ記入してください。 | | | | |
| 事業所名称 |  | | | |
| 事業所所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | |
| 管理者氏名 | フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 備考 |  | | | |