別記様式第３３号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
| 登録研修機関変更登録届出書年 　月 　日　　群馬県知事　あて届出者　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　　　社会福祉士及び介護福祉士法附則第１１条第２項の規定による登録研修機関の登録について、登録を受けた事項を変更するので、同法附則第１８条の規定により、次のとおり届け出ます。 |
| 届　 　出　 　者 | 登録研修機関登録番号 |  |  |  |  |  |  |  | 登録年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| （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） |
|  | ①　代表者氏名 |
|  | 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 | （変更後） |
|  | ①　講師 |
|  | ②　研修カリキュラム |
|  | ③　研修で使用する施設 |
|  | 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」欄は、記載しないでください。　 ２　「登録研修機関登録番号」欄は、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　「変更が発生する事項」欄は、該当する事項に「○」を記載してください。　 ４　「変更内容の概要」欄は、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。　 ６　この届出書は、変更しようとする日の１月前までに提出してください。 |