

(記入要領)

様式第2号

届出日： 年 月 日

群馬県知事 あて

届出書を提出する日を記入

事業者（開設者）

所在地： 法人所在地

名称： 法人名称

代表者職名：代表者の職名（例：理事長、代表社員など）

代表者氏名：代表者の氏名

群馬県介護支援専門員実務研修実習受入事業所変更届出書

次のとおり、登録内容を変更したので届け出ます。

登録内容を変更した事業所		介護保険事業所番号		1	0							
名称	登録申請書と同じ名称とすること											
所在地												
変更のあった事項												
1	事業所名称	変更前	変更があった項目のみ記入									
		変更後										
2	事業所所在地	変更前										(〒 —)
		変更後										群馬県
3	事業所電話番号	変更前										(〒 —)
		変更後										群馬県
4	事業所FAX番号	変更前										
		変更後										
5	事業所メールアドレス	変更前										
		変更後										

注：変更があった項目のみ記入してください。