

変更になった日もしくは提出日

令和 〇年 〇月 〇日

一般社団法人
長崎県介護支援専門員協会
会長 七種 秀樹 様

事業所名 長崎県介護支援事業所

管理者 介護 花子 印

介護

個人の印鑑で可

〇をつけた変更箇所のみ
記載ください。

実習受入機関変更届

長崎県介護支援専門員実務研修実習委託契約書第 14 条の規定により報告いたします。
(変更欄に変更になった項目に〇)

変更	項目	変更前	変更後
	法人名・事業所名		
	管理者名		
〇	従事している実習指導者登録者の人数	2 人 ※最下段に氏名を記入	1 人 ※最下段に氏名を記入
〇	特定事業所加算の 取得状況	加算Ⅰ 加算Ⅱ 加算Ⅲ 算定していない ※該当するものを〇で囲む	加算Ⅰ 加算Ⅱ 加算Ⅲ 算定していない ※該当するものを〇で囲む
	住 所	〒	〒
	電話番号		
	F A X 番号		
	メールアドレス		
〇	実習指導者名 ※従事している実 習指導者全員を 記載して下さい	介護 花子 長崎 太郎	介護 花子 減少した場合の理由 長崎 太郎 異動

減少の理由を記載
(異動・退職など)