

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

介護印

個人の印鑑で可

○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○)

変更	項目	変更前	変更後
	法人名・事業所名		
	管理者名		
○	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
○	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○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○で囲む
	住 所	〒	〒
	電話番号		
	FAX番号		
	メールアドレス		
○	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)