様式第２号

届出日：　　　年　　月　　日

　　群馬県知事　あて

 　　　　事業者（開設者）

 　　　　　　　　　　　　　 所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：

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 |  |
| 所在地 |  |
| 変更のあった事項 |
| １ | 事業所名称 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| ２ | 事業所所在地 | 変更前 |  （〒　　　　－　　　　） 群馬県 |
| 変更後 |  （〒　　　　－　　　　） 群馬県 |
| ３ | 事業所電話番号 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 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。