様式第３号

介護員養成研修（事業者・研修事業）指定内容変更届

　　　年　　月　　日

岐阜県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 主たる事務所の所在地 |  |
|  | 法人の名称 |  |
|  | 代表者職氏名 |  |

　　　　年　　月　　日付け　　第　　　号　　にて指定を受けた介護員養成研修（事業者・研修事業）について、岐阜県介護員養成研修事業者指定要綱第６条の規定により届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修実施年度 | 年度 |
| 事業者番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 研修課程（該当する研修課程を〇で囲むこと。） | 介護職員初任者研修課程生活援助従事者研修課程 |
| 研修の形式 | 通学　　・　　通信 |
| 研修実施期間 | 【第　　回】　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 【変更事項】 |  |
| 変更日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 変更事項 | 事業者 | □　法人の名称、主たる事務所の所在地、代表者及び電話番号□　研修事業所の名称、所在地、電話番号、研修実施責任者及び課程編成責任者□　定款　　　　□学則等　　　　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 研修事業 | □　対象者、受講費用□　募集期間、研修実施期間□　講義・演習実施会場□　研修カリキュラム□　研修日程 | □　担当講師□　実習計画・実習受入施設□　研修課程の追加（　　　　　　　　課程）を追加□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 　 | 変更前 | 変更後 |
| 変更内容 |  |  |
| 変更理由 |  |
| 変更事項を示す添付書類 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者連絡先担当部署名 : |  | 担当者名 　: |  |
| 電話番号 : |  | メールアドレス : |  |