様式12（要綱第９条第２項関係）

**介護員養成研修指定変更承認申請書**

第　　　　　　号

　年　月　日

茨城県知事　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研修担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Eメール

　　　　　年　　月　　日付け　　第　　　　号で指定を受けた介護員養成研修について，次のとおり変更したいので，茨城県介護員養成研修事業指定要綱第９条第２項の規定により申請します。

記

１　変更の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
|  |  |

２　変更時期

　　　　年　　月　　日

３　変更理由

４　添付書類