

山形県健康福祉部高齢者支援課長 殿

申請者

所在地 山形県山形市松波三丁目7-1

法人名 社会福祉法人山形県庁

代表者氏名 理事長 山形 太郎

(事業所番号:0600000000)

押印は不要です。

事業所としての指定を受けた際に付与された10桁の番号を記載してください。

## 山形県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所変更登録申請書

【変更前】の欄には、変更のあった項目について、変更前の情報を記載してください。

【変更後】の欄には、変更のない項目を含め、すべての項目を記載してください。

項目	変更前	変更後
事業所名		居宅介護支援事業所きてけろくん
所在地		〒990-8570 山形県山形市松波二丁目8-1
フリガナ	ヤマガタ ハナコ	カイゴ ジロウ
管理者名	山形 花子	介護 次郎
連絡先 (電話/FAX)		TEL:023-630-3124 FAX:023-630-3321
メールアドレス		kitekero@example.com
主任介護 支援専門員の人数	3 人	1 人
特定事業所 加算の有無	Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A・無	Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A・無
その他		

※ 変更期日 令和 8 年 4 月 1 日から(管理者名)

令和 8 年 3 月 1 日から(主任介護支援専門員の人数、特定事業所加算)

項目によって変更期日が異なる場合は、欄を追加して記載してください。