様式第３号

　　年　　月　　日

認知症介護実践研修実施機関変更届

宮城県知事　様

（所在地）

（法人名）

（代表者名）

宮城県認知症介護実践研修事業の内容を変更したいので、宮城県認知症介護実践研修事業者指定実施要領第５条の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

１　変更の内容

２　変更年月日　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日