

# 就 労 先 変 更 連 絡 書

提出日： 西暦 年 月 日

公益社団法人 国際厚生事業団 殿

受入れ機関番号 2××××

受入れ機関名 社会福祉法人厚生事業団

受入れ機関住所 〒

代表者職氏名 理事長 ……

担当者職氏名 総務課 ……

連絡先電話番号 ×××-●●●-▲▲▲

下記のEPA資格取得者(候補者)の受入れ施設が変更となる旨ご連絡いたします。

	【旧】受入れ施設	【新】受入れ施設
受入れ施設名称	特別養護老人ホーム●●	特別養護老人ホーム××
受入れ施設住所	〒123-1111 ●県×市▲町1-1-1	〒123-1111 ●県×市▲町2-2-2-
施設代表者職氏名	施設長 国際タロウ	施設長 厚生ジロウ
担当者職氏名	施設長 国際タロウ	事務長 皇海三郎
連絡先電話番号	×××-▲▲▲-■ ■ ■	×××-●●●-◎◎◎

	看護師/介護福祉士等	候補者番号	候補者名	就労開始年月日
1	介護福祉士	PH2000001	ABCD EFG	2020年3月1日
2				
3				
4				
5				