

# 研修受講地変更願

令和 年(西暦 年) 月 日

北海道保健福祉部高齢者支援局高齢者保健福祉課長 様

氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり、研修受講地を変更願いたいので、申し出ます。

研修名	※該当する研修名に○を記入してください。  ① 介護支援専門員実務研修 ② 介護支援専門員再研修 ③ 介護支援専門員更新研修(実務未経験者) ④ 介護支援専門員更新研修(実務経験者) ⑤ 主任介護支援専門員研修 ⑥ 主任介護支援専門員更新研修		
受講を希望する都府県名			
介護支援専門員登録番号			
ふりがな氏名			
生年月日	西暦	年	月 日
住所・電話番号	【旧】	〒	—
		TEL ( )	—
	【新】	〒	—
		TEL ( )	—
勤務先	【旧】	〒	—
		TEL ( )	—
	【新】	〒	—
		TEL ( )	—
転出(予定)日	平成・令和・西暦	年	月 日