

介護支援専門員研修受講地変更願

平成 年 月 日

兵庫県健康福祉部少子高齢局介護保険課長 様

現住所 _____

氏 名 _____ 印 _____

下記の理由により、_____都・道・府・県における研修の受講を希望しますので、よろしくお取り計らい願います。

記

○受講地変更希望理由（該当するものの口内にレ印を記入してください。）

- 住所地移転（これから転居予定の方は、下記の住所欄に研修開始時の新住所を記入してください。）
- その他（ _____ ）

介護支援専門員 登録番号		有効期間 満了日	平成 年 月 日
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒 _____ (自 宅) TEL _____ (日中連絡先) TEL _____		
申し込む研修に ○を付けてくだ さい。	_____	専門研修課程 I	更新研修 B (実務未経験者向け)
	_____	専門研修課程 II	再研修
	_____	更新研修 A (前期)	主任介護支援専門員研修
	_____	更新研修 A (後期)	主任介護支援専門員更新研修

添付書類 介護支援専門員証（写し）

※この書類の提出と研修の申し込みは別のものです。必ず別途、受講を希望する都道府県の研修実施機関へ申し込みをしてください。
また、都道府県によっては、住民票の添付が必要な場合があります。研修を受ける都道府県へ事前にご確認ください。