

## 介護支援専門員実務研修 受講地変更願

年 月 日

介護支援専門員実務研修の受講地変更を希望します。

|                         |  |      |  |
|-------------------------|--|------|--|
| ふりがな                    |  |      |  |
| 氏名                      |  |      |  |
| 生年月日                    | 年(西暦) 年 月 日  |      |  |
| 住所                      | (〒 )   |      |  |
| 合格年度                    | 年度   | 受験番号 |  |
| 連絡先電話番号                 |  |      |  |
| 変更を希望する理由<br>(該当するものに○) | 1 住所地での受講(転居を含む。)<br>2 勤務地での受講(勤務地の異動を含む。)<br>3 その他(具体的内容を記入)<br>( ) |      |  |
| 受講希望都道府県                | 都道府県   |      |  |

(変更理由が勤務地の異動である場合は次の項目にも記入してください。)

|           |       |
|-----------|-------|
| 勤務先名称     |       |
| 勤務先所在地    |       |
| 異動(予定)年月日 | 年 月 日 |

&lt;添付書類&gt;

- ・合格通知の写し
- ・(受験時から氏名または住所に変更があった場合)受験申込書記載事項変更届
- ・(受験時から氏名に変更があった場合)戸籍抄本

(あて先)〒520-8577 大津市京町 4-1-1

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 介護・福祉人材確保係