介護支援専門員研修受講地変更願

年　　月　　日

　福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課

介護人材確保対策室長　殿

本人氏名

（署名又は記名・押印）

　下記の理由により、　　　　　　　　都道府県において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 | □　住所地移転（　　年　　月　　日　移転済・移転予定）  □　転　　　勤（　　年　　月　　日　転勤済・転勤予定）  □　そ　の　他（　　 　　　　　　　　　　　　　　　）  ※該当するものの□内にレ点を記入してください。 | | | | | | | |
| 介護支援専門員  登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  氏　　名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| 電話番号 | （携帯）　　　　－　　　　－  （自宅）　　　　－　　　　－ | | | | | | | |
| 自宅住所  （移転後） | 〒 | | | | | | | |
| 勤務先住所  （移転後） | 〒 | | | | | | | |
| 希望する  研修の種類 |  | | | | | | | |
| 実務経験の有無 | 有　　　・　　　無 | | | | | | | |