

介護支援専門員研修受講地変更願

令和 年 月 日

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課長 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。

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。）

住所地から近いため

（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。）

勤務地から近いため

その他（ _____ ）

介護支援専門員 登 録 番 号		有効期間 満了日	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 _____		
受講地変更を 希望する研修名			

添付書類 介護支援専門員証または介護支援専門員登録証明書の写し

※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。