

介護支援専門員研修受講地変更願

徳島県知事 殿

このたび、以下の理由により介護支援専門員研修の受講地の変更を希望しますので、よろしくお取りはからいください。

令和 年 月 日

登録番号： _____

フリガナ
氏 名： _____

生年月日 _____

1 受講地変更の理由			
2 受講希望先の都道府県名			
3 介護支援専門員証有効期間満了日	年 月 日		
4 現住所・電話番号	〒 電話		
5 申し込む研修に ○をつけてください。		実務研修	再研修
		専門／更新研修（課程Ⅰ）	主任介護支援専門員研修
		専門／更新研修（課程Ⅱ）	主任介護支援専門員更新研修
		実務未経験者更新研修	

※ 次の書類を添付してください

- (1) 介護支援専門員証の写し
- (2) 主任更新の場合は、主任研修修了証書の写し
- (3) 住民票又は本人確認ができる書類（運転免許証及びパスポート等）の写し

※ この書類とは別に、必ず受講希望先の都道府県へ申込みをしてください
研修要件は各自で確認ください