研修受講地変更願

年　　月　　日

熊本県知事　様

氏　　名

電話番号

下記のとおり、介護支援専門員研修の受講地変更を希望します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護支援専門員証  登録番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受講希望  都道府県 | | （　　　　　　）　都　　・　　道　　・　　府　　・　　県 | | | | | | | |
| 受講地変更の  理由 | | （いずれか該当するものに☑を記入してください。）  □　住所地変更  （　　　年　　　月　　　日　　変更済　・　変更予定　）  □　勤務地変更  （　　　年　　　月　　　日　　変更済　・　変更予定　）  □　その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 住所 | 変更前 | 〒 | | | | | | | |
| 変更後 | 〒 | | | | | | | |
| 勤務地 | 変更前 | 〒 | | | | | | | |
| 変更後 | 〒 | | | | | | | |
| 介護支援専門員の  実務従事経験 | | （いずれか該当するものに☑を記入してください。）  □　あり　　　　□　なし | | | | | | | |
| 希望する  研修 | | （いずれか該当するものに☑を記入してください。） | | | | | | | |
| □　実務研修 | | | | | | | |
| □　専門研修  (専門研修課程Ⅰ) | | | | □　専門研修  (専門研修課程Ⅱ) | | | |
| □　更新研修  (実務経験者・初回) | | | | □　更新研修  (実務経験者・2回目以降) | | | |
| □　更新研修  (実務未経験者) | | | | □　再研修 | | | |
| □　主任介護支援専門員研修 | | | | □　主任介護支援専門員更新研修 | | | |

　添付書類

　・　介護支援専門員証の写し又は介護支援専門員登録証明書の写し