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