研修受講地変更願

　　年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　様

氏名

このことについて、以下のとおり研修受講地変更を希望するため届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録番号 | |  |
| 有効期間 | |  |
| 受講対象研修  ※いずれかに○  ※実務経験とは  5年以内の経験の有無 | | 1. 専門研修課程Ⅰ 2. 専門研修課程Ⅱ 3. 更新研修前期（専門研修課程Ⅰ相当） 4. 更新研修後期（専門研修課程Ⅱ相当） 5. 更新研修（実務未経験者） 6. 再研修 7. 主任介護支援専門員研修 8. 主任介護支援専門員更新研修 |
| 研修受講  希望都道府県 | |  |
| 変更理由 | |  |
| 住所  連絡先 | | 〒  TEL：  日中連絡先： |
| 実務経験の有無 | | 無　・　有 |
| 勤務先 | 名称 |  |
| 住所 | 〒  TEL： |

添付書類

□介護支援専門員証（写）

（介護支援専門員登録証の場合はその写しと、登録番号・有効期間の通知文の写）

□受講決定通知書（写）※受講対象研修が7.及び8.の場合のみ