

介護支援専門員研修受講地変更願

ふりがな	
氏名	
住所	〒
受講地変更を希望する研修	
受講を希望する都道府県	都・道・府・県
受講地変更を希望する理由	1 住所地での受講を希望するため 2 勤務地での受講を希望するため (勤務先の名称及び所在地) 3 その他 (具体的な理由)

介護支援専門員研修の受講地変更を希望します。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印

連絡先 _____

(あて先) 島根県健康福祉部高齢者福祉課長

【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
- 住民票 (住所地での受講を希望する場合のみ)