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