

介護支援専門員研修受講地変更願

年 月 日

神奈川県知事 殿

届 出 者	
介護支援専門員 登録番号	
有効期間満了日	年 月 日
氏名	フリガナ

私は、下記の理由により、研修の受講地を変更したいので、申し出ます。

受講希望 都道府県名	
受講希望研修名 (該当する研修を 選択してください)	<u><実務経験者向け></u> ☐ 専門研修課程Ⅰ ・ ☐ 更新研修 (専門研修課程Ⅰと同内容) ☐ 専門研修課程Ⅱ ・ ☐ 更新研修 (専門研修課程Ⅱと同内容) <u><実務未経験者向け></u> ☐ 実務未経験者向け更新研修 <u><有効期間満了日経過者向け></u> ☐ 再研修 <u><主任介護支援専門員></u> ☐ 主任介護支援専門員研修 ☐ 主任介護支援専門員更新研修
受講地変更理由	
登録住所 (現住所)	〒 電話 ()
勤務先	[勤務先名] 〒 電話 ()
介護支援専門員 実務経験	有 ・ 無 (経験年数 年 ヶ月)

【 添付書類 】

- ・ 介護支援専門員証の写し
- ・ 住民票 (登録住所に変更がある方 ※神奈川県内に住所がある方は添付不要)
- ・ 様式3 介護支援専門員資格登録簿登録事項変更届 (登録住所に変更がある方)