

(別紙)

## 介護支援専門員実務研修受講地変更願

年 月 日

和歌山県福祉保健部福祉保健政策局長寿社会課長 様

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

下記の理由により、\_\_\_\_\_都・道・府・県において実務研修の受講を希望しますので、よろしくお取り計らい願います。

### 記

受講地変更希望理由（該当するものの口内にレ印を記入してください）

住所地移転

勤務先変更

その他（ \_\_\_\_\_ ）

受験番号	—	
氏名		
生年月日	年 月 日	
自宅住所 (※)	(旧)	〒 _____
	(新)	〒 _____
勤務先 (※)	(旧)	(所在地) 〒 _____ (名称) _____ (連絡先) TEL _____ — _____
	(新)	(所在地) 〒 _____ (名称) _____ (連絡先) TEL _____ — _____

注意事項：※…変更のない場合は、(旧)に記入してください。

添付書類：合格通知書（写）