

(別紙)

介護支援専門員再研修受講地変更願

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・県において再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

登録番号		有効期間満了日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒 _____		
勤 務 先	(名称) (所在地) 〒 _____ TEL - -		
変更する理由 (具体的に)			

注意事項：都道府県によっては、住民票が必要な場合があります。研修を受ける都道府県へ事前にご確認ください。