

北海道介護支援専門員資質向上事業
研修受講地変更願

令和 年（西暦 年） 月 日

北海道保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課介護運営担当課長 様

氏 名

次のとおり、研修受講地を変更願いたいので、申し出ます。

研修名	※該当する研修名に○を記入してください。 ① 介護支援専門員実務研修 ② 介護支援専門員再研修 ③ 介護支援専門員更新研修（実務未経験者） ④ 介護支援専門員更新研修（実務経験者） ⑤ 介護支援専門員専門研修課程Ⅰ ⑥ 介護支援専門員専門研修課程Ⅱ 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	
受講を希望する 都府県名		
介護支援専門員 登録番号		
ふりがな 氏 名		
生年月日	昭・平・令	年 月 日
変更理由		
住所・電話番号	【旧】	〒 — TEL () —
	【新】	〒 — TEL () —
勤務先	【旧】	〒 — TEL () —
	【新】	〒 — TEL () —
転出（予定）日	令和	年 月 日