介護支援専門員研修受講地変更願

　　　年　　　月　　　日

　　青森県知事　　殿

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

　　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 |  |
| 受講希望研修名（希望する研修を選択してください。） | ＜実務経験者向け＞　□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）＜実務経験未経験者向け＞　□実務未経験者向け更新研修＜有効期間満了日経過者向け＞　□再研修 |
| ＜主任介護支援専門員＞　□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（介護支援専門員として登録している住所を記載してください。） | 〒住所 |
| 現住所 | 〒住所【電話】 |
| 勤務先 | 【勤務先名】〒住所【電話】 |

【添付書類】

　・介護支援専門員証の写し