

介護支援専門員研修受講地変更願

ふりがな	
氏名	
住所	〒
受講地変更を希望する研修	
受講を希望する都道府県	都・道・府・県
受講地変更を希望する理由	

介護支援専門員研修の受講地変更を希望します。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

連絡先 _____

(あて先) 島根県健康福祉部高齢者福祉課長

※ 現にお持ちの介護支援専門員証書の写しと住民票を添付すること