介護支援専門員　研修受講地変更願

　　　年　　　月　　　日(記入日)

広島県知事　様

氏　名

次の理由により，介護支援専門員研修受講地の変更を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望する受講地 | 都　・　道　・　府　・　県 |
| 申し込む研修に☑を付けてください。 | □更新/専門研修(課程Ⅰ) | □実務研修 |
| □更新/専門研修(課程Ⅱ) | □更新研修（実務未経験） |
| □主任介護支援専門員研修 | □再研修 |
| □主任介護支援専門員更新研修 |  |
| 登録番号(実務研修の場合は受験番号) |  | 実務経験の有無※ | 有　・　無 |
| 介護支援専門員証の有効期間満了日 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 現住所 | 〒電話番号　　　　　　－　　　　　　－ |
| 受講地変更希望理由 |  |

《添付書類》

□介護支援専門員証の写し

(実務研修の場合は実務研修受講試験結果通知書の写し)

※介護支援専門員証に記載の有効期間満了日から遡って５年以内に介護支援専門員の業務に就いた経験があるかどうか

●**この書類と研修の申し込みは別です。必ず研修を受ける都道府県へ申込をしてください**