

# 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<br>☑を付けてください。  | <input type="checkbox"/> 更新/専門研修(課程Ⅰ)              | <input type="checkbox"/> 実務研修        |       |
|                        | <input type="checkbox"/> 更新/専門研修(課程Ⅱ)              | <input type="checkbox"/> 更新研修(実務未経験) |       |
|                        | <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員研修               | <input type="checkbox"/> 再研修         |       |
|                        | <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員更新研修             |                                      |       |
| 登録番号<br>(実務研修の場合は受験番号) |  | 実務経験の<br>有無※                         | 有 ・ 無 |
| 介護支援専門員証の<br>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