

(別紙)

介護支援専門員研修受講地変更願

年 月 日

宮 崎 県 知 事 殿

氏名 _____

次の理由により、_____ 都道府県において ()
研修の受講を希望します。

登 録 番 号	
(フリガナ) 氏 名	
生 年 月 日	
自 宅 住 所 電 話 番 号	
勤 務 先 名 住所・電話番号	
受 講 地 変 更 希 望 理 由	
添 付 書 類	① 介護支援専門員証の写し ② 受講を希望する研修の実施要綱 (カリキュラム含む)