愛媛県社会福祉協議会　長寿推進課行

〒790-8553　松山市持田町三丁目8番15号

愛媛県社会福祉協議会会長　　様

介護支援専門員研修　受講内容変更届

令和　　年　　月　　日

　下記の事由により、受講内容等の変更を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 |  |
| 氏名 |  | 連絡先 |  |
| 受講クール | (　　　　)クール | 受講決定番号 |  |
| 変更内容 | □クール変更（変更先希望クール： 　　　クール）□受講辞退□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更理由 |  |

所属事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

受講者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印