

介護支援専門員研修 受講地変更願

令和 年 月 日

山形県知事 殿

出願者 住 所 (〒 -)

氏 名

(生年月日 昭和・平成 年 月 日)

(電話番号 - -)

介護支援専門員登録番号

介護支援専門員に係る下記研修について、受講地を変更願います。

また、介護保険制度の適正な実施を図るために必要があるときは、登録簿に記載された事項を他の行政機関に対し提示することに同意します。

記

1 変更を願う研修

- ア. 主任介護支援専門員更新研修 イ. 主任介護支援専門員研修
ウ. 介護支援専門員専門研修Ⅰ エ. 介護支援専門員専門研修Ⅱ
オ. 更新研修（全課程） カ. 更新研修（課程Ⅱのみ） キ. 更新研修（実務未経験者対象）
ク. 再研修 ケ. 実務研修

2 変更の理由

3 受講希望都道府県名

4 勤務先

(所在地) (〒 -)

(名 称)

(電話番号 - -)

5 添付書類

- 介護支援専門員証の写し

【記入例及び記入上の注意】
介護支援専門員研修 受講地変更願

出願する日の日付を記入

令和 ○年 ○月 ○日

山形県知事 殿

出願者 住 所 (〒990-8570)
山形市松波2-8-1
氏 名 山形 花子

日中に連絡が付き番号
(携帯等)を記入

(生年月日 昭和・平成 1年 4月 2日)

(電話番号 ○○○ - ○○○○ - ○○○○)

介護支援専門員登録番号 ○○○○○○○○

介護支援専門員に係る下記研修について、受講地を変更願います。

また、介護保険制度の適正な実施を図るために必要があるときは、登録簿に記載された事項を他の行政機関に対し提示することに同意します。

記

受講地変更を願う研修の種類を○で囲んで選択

(本県ホームページ掲載の研修日程記載の9区分に対応)

1 変更を願う研修

ア. 主任介護支援専門員更新研修

イ. 主任介護支援専門員研修

. 介護支援専門員専門研修Ⅰ

. 介護支援専門員専門研修Ⅱ

オ. 更新研修(全課程)

カ. 更新研修(課程Ⅱのみ)

キ. 更新研修(実務未経験者対象)

ク. 再研修

ケ. 実務研修

2 変更の理由

山形県内で実施される上記研修の日程と出産予定日(令和○年○月○日)が重複しており、受講困難であるため。

3 受講希望都道府県名

○○○県

4 勤務先

(所在地)(〒○○○-○○○○)

○○市○○1-1

(名称)○○○事業所

(電話番号 ○○○ - ○○○ - ○○○○)

5 添付書類

介護支援専門員証の写し

忘れずに添付すること(白黒印刷可)