

(様式第10号の2)

## 介護支援専門員更新研修等受講地変更願

年 月 日

奈良県福祉医療部長寿・福祉人材確保対策課長 殿

郵便番号

住所

氏名

印

連絡先電話番号

下記の理由により、\_\_\_\_\_都・道・府・県における研修の受講を希望  
しますので、よろしくお取り計らい願います。

### 記

○受講地変更希望理由（該当するものの□内にレ印を記入してください。）

住所地移転（ 年 月 日 移転済・移転予定）

その他（ ）

登録番号		有効期間満了日	年 月 日
(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日
自宅 住所	(旧) 〒	TEL	
	(新) 〒	TEL	
勤務先 所在地	(旧) 〒	TEL	
	(新) 〒	TEL	
申し込む研修 に○を付けて ください。	更新研修課程Ⅰ		更新研修（実務未経験者向け）
	専門研修課程Ⅰ		再研修
	更新研修課程Ⅱ		主任介護支援専門員研修
	専門研修課程Ⅱ		主任介護支援専門員更新研修

※ 変更のない場合は、(旧) に記入してください。

添付書類 ①介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書の写し

②主任介護支援専門員研修の修了証書又は主任介護支援専門員更新研修の修了証書の  
写し（主任介護支援専門員更新研修を申し込む場合のみ）