

令和7年度熊本県介護支援専門員実務研修  
受講(繰越もしくは辞退)願

受験番号	(※不明な場合は未記載で構いません)		
氏名		生年月日(西暦)	
住所	(〒                  )  TEL(                  -                  )		
選択	繰越 ・ 辞退 ※どちらかに○をお付けください。		
繰越もしくは辞退の理由	※具体的に記入すること		

印

- TEL: 096-213-1600

【記入例】

令和7年度熊本県介護支援専門員実務研修  
受講(繰越もしくは辞退)願

※本書類は、令和7年度熊本県介護支援専門員実務研修の受講を希望しない場合に提出する書類です。次年度に受講繰越を希望する方は「繰越」、今後も受講する意思がない場合は「辞退」、のどちらかに必ず○をお付けください。

受験番号	00001 (※不明な場合は未記載で構いません)		
氏名	財団 花子	生年月日(西暦)	1994 年 1 月 1 日
住所	(〒 862 - 09760 ) 熊本県熊本市中央区保田窪 1-10-38  TEL( 096 - 213 - 1600 )		
選択	<b>繰越</b> ・ <b>辞退</b> ※どちらかに○をお付けください。		
繰越もしくは辞退の理由	※ 具体的に記入すること。 勤務調整の都合で翌年度に受講したため、		

一般財団法人 保健福祉振興財団 宛

上記により、介護支援専門員実務研修受講の(繰越・辞退)をお願いします。

令和 7 年 12 月 5 日

受講者氏名: 財団 花子

印

勤務先: 財団介護支援事業所

役職・氏名: 施設長 財団 太郎

印

※ 繰越・辞退理由が所属の事業所等の都合であるときは、所属長の記名押印をお願いします。

※ 繰越を選択された方で、翌年度以降ご自宅の住所等を変更された方は、必ず事務局までご連絡ください。ご連絡がないと翌年度以降の案内が郵送できませんので、ご注意ください。

※ 辞退の方には来年度以降、本研修に関してのご案内はいたしません。

※ 提出期限は、令和7年12月15日(月) です。

【送付先】

〒862-0926 熊本市中央区保田窪 1-10-38

(一財)保健福祉振興財団 熊本県介護支援専門員実務研修係 宛

TEL:096-213-1600