

熊本県介護支援専門員実務研修

受講者情報 変更届出書

下記ご記入頂き、提出先に記載の FAX 番号までご送付ください。

記入日	令和 年 月 日
提出先	一般財団法人保健福祉振興財団 FAX:096-213-1601

一般財団法人 保健福祉振興財団 様

以下の内容が変更になりましたので、変更届を提出します。

フリガナ		
受講者	姓	名
生年月日	昭和 平成	年 月 日

1. 氏名の変更(改姓 等)

フリガナ		
新しい氏名	姓	名

2. 住所・電話番号の変更 ※右記いずれかに“○”を付ける。(自宅 ・ 勤務先)

旧住所	名称	※勤務先変更の場合は、必ず、記入してください。	
	〒	—	
	電話番号	—	—
新住所	名称	※勤務先変更の場合は、必ず、記入してください。	
	〒	—	
	電話番号	—	—

3. その他の変更 ※変更したい項目の名称・変更内容を記入してください。

項目名	
旧情報	
新情報	

本研修で知り得た個人情報、本試験関連業務以外には使用しません。