

年 月 日

主任介護支援専門員研修受講地変更申請書

東京都知事 殿

氏 名

生年月日

登録番号

電話番号

主任介護支援専門員研修の受講について、下記により研修受講地の変更を申請します。

記

1 変更理由

2 受講希望地

道・府・県

3 現住所 〒

4 勤務先名 〒

(所在地

)

5 個人情報の取扱いへの同意

主任介護支援専門員研修を修了した場合は、受講地道府県が東京都へ研修修了情報（研修名、研修修了年月日、主任介護支援専門員研修修了証書の有効期間等）を提供することに同意いたします。

年 月 日 氏名

6 その他

注 介護支援専門員証の写しを添付してください。