令和　　　年　　　月　　　日

　岩手県知事　　様

研修受講地変更願

介護支援専門員研修の受講地を変更したいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更希望先  都道府県 |  | 研修の種類 |  |
| 変更希望理由 |  | | |
| 介護支援専門員  登録番号 |  | 有効期間満了日 | 令和　　年　 月　　日 |
| 現住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | 携帯電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅 | | |
| 勤務先 | 事業所名  住所  電話番号 | | |
| 備考 |  | | |

【添付書類】

* <有効期間内の介護支援専門員証がある場合> 介護支援専門員証の写し
* <実務研修の場合> 実務研修受講試験の合格証の写し
* <変更希望先都道府県から指示があった場合> 当該書類
* 変更願を提出する前に、岩手県長寿社会課（Tel: 019-629-5441）に連絡してください。
* 届出者に連絡がつかない場合、勤務先事業所に連絡する場合があります。勤務先への連絡を希望されない方は、備考欄にその旨を記入してください。