

令和 年 月 日

岩手県知事 様

フリガナ  
氏名

### 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。