

提出先まで郵送または御持参ください(ファクシミリ不可)

令和 年度介護支援専門員研修受講辞退届

令和 年 月 日

項目の内容を確認のうえ、全ての項目に御記入ください。

研修名	令和 年度 介護支援専門員(専門・更新・主任・主任更新・実務)研修								
受講番号		登録番号 (8桁)							
フリガナ			性別	生年月日	昭和 年 月 日 平成				
氏名									
辞退理由									
現住所	(〒 -)								
	電話番号	(自宅・携帯電話)			FAX番号				
現勤務先	法人名								
	事業所名								
	(〒 -)								
	電話番号				FAX番号				
※事務局 使用欄									

※この申込書に記載された個人情報は、本研修の運営管理のみに使用します。

<問合せ・提出先> 鳥取県社会福祉協議会 福祉人材部 研修係
〒689-0201 鳥取市伏野 1729-5(県立福祉人材研修センター内)
電話(0857)59-6336