

受講日程振替申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人栃木県社会福祉協議会事務局長 様

市町名 _____

TEL _____

利用者ID _____

FAX _____

施設名 _____

担当者名 _____

下記のとおり、受講日程の振替を申請します。

(1) 既決定日程

分野名	内容 (※ 該当する□に✓してください。)	日程
	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③	月 日

(2) 振替希望日程 (同一内容の日程のみ受付)

振替日	理由
月 日	

氏名	生年月日	保育士登録番号
(ふりがな)	西 暦 年 月 日	都道府県名 6ケタ番号 県 ー
住所	資格 (※ 該当する□に✓してください。)	
〒 ー	<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 保育教諭 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他 ()	

上記申請内容を確認の上、下記へ FAX にて送信してください。

FAX 028-643-3340

保育士等キャリアアップ研修 担当 宛

<センター記入欄>

 振替希望について、下記の日程に変更しました。

内容	日程
	月 日

担当者

※ 返信 FAX を受け取り後、保育士等キャリアアップ研修管理システムの確認ページで
申請内容を再度ご確認ください。

(処理日) /