

受講決定者変更・訂正申請書

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 _____

下記のとおり受講決定者の変更・訂正を申請します。

(1) 既決定事項 (変更前事項)

分野名	日程		
	内容① /	内容② /	内容③ /
氏名	理由 (※ 該当する□に✓してください。)		
(ふりがな)	<input type="checkbox"/> 決定者変更 (理由 _____) <input type="checkbox"/> 訂正 (<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 保育士登録番号)		

(2) 変更事項 (該当箇所のみ記入してください)

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。)	
〒 _____	<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>

 上記の内容で変更しました。

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)

/