

参加決定者の変更申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人栃木県社会福祉協議会 福祉人材・研修センター所長 行

所在地（市町名）

所属（施設名）

TEL：

担当者名

FAX：

次のとおり受講決定者の変更を申請します。

既決定事項

分野	内容① 日程	内容② 日程	内容③ 日程
	月 日	月 日	月 日
決定者名		変更理由	
		<input type="checkbox"/> 参加者変更 <input type="checkbox"/> 改姓 <input type="checkbox"/> 生年月日修正 <input type="checkbox"/> 保育士登録番号修正	

※ 複数分野を受講している場合は、受講分全て手続きしてください。

変更申請事項

変更申請者氏名	ふりがな	生年月日(西暦)
		年 月 日
保育士登録番号 (都道府県名-6ケタ登録番号)	住所	資格
—	〒	<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 保育教諭 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他()

FAX 028-643-3340

保育士等キャリアアップ研修担当

<センター記入欄>

上記の内容で変更しました。

※返信FAXを受取後、研修管理システムの申込履歴で変更内容を再度ご確認ください。

担当者

担当者