

参加日程振替申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人栃木県社会福祉協議会 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：

(1)変更事項(キャンセルする日程について記入)

| 分野 | 内容 | 日程 |
|----|----|-----|
| | | 月 日 |

| 決定者氏名 | 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() |

(2)該当する□に✓を記入

振替を希望する(同一内容の日程のみ受付します)

| 第1希望 | 第2希望 |
|------|------|
| 月 日 | 月 日 |

振替しない(振替しない場合には修了となりません。次年度以降に全日程再申込となります。)

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>

振替希望について振替希望なし

・下記の日程に変更しました。

・受領しました。

| 内容 | 日程 |
|----|-----|
| | 月 日 |

| 担当者 |
|-----|
| |

※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御確認ください。