

※受講申し込みをした後に、受講を辞退する方はこの書類に必要事項を記載し、提出してください。

様式1

## 受講辞退届・変更届

平成29年度青森県介護支援専門員更新研修（実務未経験者向け）

平成 年 月 日

社会福祉法人青森県社会福祉協議会長 様

氏 名 \_\_\_\_\_

〒  
住 所 \_\_\_\_\_

電話番号（自宅） \_\_\_\_\_

（日中連絡先） \_\_\_\_\_

専門員証番号 \_\_\_\_\_

有効期間 \_\_\_\_\_

※下記1及び2、理由①から③のいずれかを○印で囲んでください。

1. 標記更新研修を下記の理由により受講できませんので、辞退します。
2. 標記更新研修を下記の理由により受講できませんので、変更します。

理由 ①妊娠、出産、産後

②病気、けが

③災害等やむを得ない事情があるため

(③の事情の内容： \_\_\_\_\_ )

《 提出先 》 030-0822 青森市中央三丁目20番30号 県民福祉プラザ2階  
社会福祉法人青森県社会福祉協議会 福祉人材課「介護支援専門員更新研修」係