

郵送または FAX にて受付

様式 6

年 月 日

中央福祉学院長 殿

学籍番号 - 氏名 印

社会福祉施設長資格認定講習課程

登録内容変更届

下記のとおり、本通信課程の登録内容の変更を届け出ます。

記

(変更前)

(変更後)

ふりがな

1. 氏名 ⇒

2. 生年月日 ⇒

3. 自宅住所 〒 ⇒ 〒

4. 自宅 TEL ⇒

5. 勤務先名称 ⇒

6. 勤務先住所 〒 ⇒ 〒

7. 勤務先 TEL ⇒

8. 勤務先 FAX ⇒

9. 教材送付先 自宅 ・ 勤務先 に変更します

10. その他 ⇒

*登録者の変更はできません。
*住所変更の場合は必ず郵便番号をご記入ください。
*異動、退職による変更は本様式ではできません。
*変更が必要な部分のみお書きください。