

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(アドレス等) _____ ⇒ _____

*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。