

郵送のみ受付

様式 5

年 月 日

中央福祉学院長 殿

学籍番号 - 氏名 印

児童福祉司資格認定通信課程

勤務先変更届

下記のとおり、人事異動により勤務先を変更しますので届けます。

なお、今後も継続して受講します。

登録時	(名称) (所在地) 〒 - (電話) (FAX)
異動年月日	年 月 日
異動後	(名称) (所在地) 〒 - (電話) (FAX)

上記内容に同意します。

公印

申込時勤務先 所属長役職・氏名

*公印が押されていない場合は受理いたしかねます