

## 様式5

年 月 日

中央福祉学院長 殿

学籍番号

—

氏名

印

社会福祉主事資格認定通信課程

## 同一法人内勤務先変更届

下記のとおり、同一法人内で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。

|                |                                      |
|----------------|--------------------------------------|
| 申 込 時<br>勤 務 先 | (法人名・施設名)<br>(所在地) 〒 —<br>(電話) (FAX) |
| 異動年月日          | 年 月 日                                |

上記内容に同意します。

公印

所属長役職・氏名

↓こちらも必ずご記入ください

|                |                                                                          |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 異 動 後<br>勤 務 先 | (社会福祉施設種別名)<br>(職種)<br>(法人名・施設名)<br>※介護事業所番号：<br>(所在地) 〒 —<br>(電話) (FAX) |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------|

※介護保険事業の場合、必ずご記入ください。

\*公印が押されていないものは受付いたしかねます。

\*新しい勤務先にて社会福祉法に基づく第1種・第2種社会福祉事業もしくは介護保険事業に従事されている方に限り、継続受講が可能です。