

## 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 勤 務 先	(法人名・施設名)
	(所在地) 〒 -
	(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 勤 務 先	(社会福祉施設種別名)
	(職種)
	(法人名・施設名)
	※介護事業所番号：
	(所在地) 〒 -
	(電話) (FAX)

\*公印が押されていない場合は受理いたしかねます

\*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。