

**様式 6**

年 月 日

中央福祉学院長 殿

学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

社会福祉主事資格認定通信課程

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。