　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出様式１

　　令和　年　　月　　日

**自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議アドバイザー養成研修**

**受講日程変更願書**

　　　 ふりがな

１　氏　名

２　受講番号

３　区市町村名　　　　　　　　　　所属

４　連絡先電話番号　携　帯：

　　　　　　　　勤務先：

５　研修日程の変更希望内容

※カリキュラムの構成上、原則として２日間を通して同じコースでの受講となります。

（記入例）ＡコースからＢコースへ変更希望

６　変更を希望する理由

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※本願書は、急病等やむを得ない事情により、指定の研修日で受講することが難しい場合のみ提出ができます。変更の可否につきましては、担当より折り返し連絡いたします。

**（コース変更をした場合でも「受講番号」は変わりませんのでご注意ください）**