届出様式１

　　令和７年　　月　　日

**令和７年度東京都地域包括支援センター職員研修（初任者研修）**

**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　　　　　　　　　　地域包括支援センター名

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、担当より折り返しお電話いたします。

**（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）**

ＦＡＸもしくはメールに添付の上ご提出ください。

（ＦＡＸ番号）０３－３３４４－７２８１

（メールアドレス）[chiiki\_moushikomi@fukushizaidan.jp](mailto:chiiki_moushikomi@fukushizaidan.jp)

※事務局処理欄

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡　　／　　　本人・伝言済（　　　　 　　　様）

収受印

入力 　／