

FAX 078-925-4657(送り状等不要／1 回のみ送信)

年 月 日

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター
福祉のまちづくり研究所 研修センター 宛

法人名	
事業所・施設名	
受講決定者	役職 氏名
自職場等 TEL 等 (必ず記入)	※日中連絡がつく連絡先を記入してください。
自職場等 FAX 等 (必ず記入)	※本変更の対応はこの FAX へ返信します。

(

受講申込変更届（依頼）

本対象研修において受講決定されましたが、下記の通り変更をお願いします。

記

(これより下欄は記入しないでください)

対象研修

2020 年度 認知症介護実践研修修了者フォローアップ研修

変更依頼内容 ※本届は依頼になります。対応人数(若干数)を上回った場合に限り、当方で抽選を行います。

受講決定通知の受講形態について、『集合型』→『オンライン型』への変更を依頼します。
(変更された場合、研修当日 9 時 30 分-10 時の Zoom 活用方法の説明を受けてください。)
※変更可の場合、同受講者は全ての回において『オンライン型』への変更になります。

その他連絡

- ・ 11 月 30 日（月）正午時点で返信がない場合のみ、11 月 30 日（月）17 時までに連絡してください。
※連絡が無い場合、当方からの返信を確認できているものとみなします。
- ・ 電話での変更はお受けできません。
- ・ 受講決定者欄は必ず本人の直筆にてお願いいたします。

当方からの返答欄 ※記入しないでください。

※当方からの返答は、本紙に追記後上記 FAX 先へ返します。必ず FAX 番号を記入してください。

福祉のまちづくり研究所 研修センター 記入欄