

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 所長 様

研修受講変更依頼届

下記の理由により、申込時に提出した内容から変更依頼を届け出いたします。

記

1 研修名（正式名称）

2 法人名

3 事業所名

4 申込責任者 氏名

5 受講決定者 氏名

6 整理番号

7 日中連絡のつく連絡先及び氏名

(連絡先)

(氏名)

8 変更内容

(変更前)

(変更後)

9 変更理由

年 月 日

法人名 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

記入者名 _____

FAX (078-925-4657) にて提出をお願いいたします。