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

記入者名

FAX（078－925-4657）にて提出をお願いいたします。