

年 月 日

中央福祉学院長 殿

学籍番号 _____ 氏名 _____

福祉施設長専門講座

登録内容変更届

下記のとおり、本通信課程の登録内容の変更を届け出ます。

記

(変更前)

(変更後)

ふりがな _____

1. 氏 名 _____ ⇒ _____

2. 生 年 月 日 _____ ⇒ _____

3. 自 宅 住 所 〒 _____ ⇒ 〒 _____

4. 自 宅 TEL _____ ⇒ _____

5. 勤務先名称 _____ ⇒ _____

6. 法令上の勤務先種別 _____ ⇒ _____

7. 職 種 _____ ⇒ _____

8. 勤務先住所 〒 _____ ⇒ 〒 _____

9. 勤務先 TEL _____ ⇒ _____

10. Mail _____ ⇒ _____

*住所変更の場合は必ず郵便番号をご記入ください。 *変更が必要な部分のみお書きください。