

## 様式5

年 月 日

中央福祉学院長 殿

学籍番号

—

氏名

印

社会福祉主事資格認定通信課程

## 同一法人内勤務先変更届

下記のとおり、同一法人内で勤務先を変更しますので届けます。  
なお、今後も継続して受講します。

申込時 勤務先	(法人名・施設名) (所在地) 〒 — (電話) (FAX)
異動年月日	年 月 日

上記内容に同意します。

公印

所属長役職・氏名

(異動前勤務先)

↓こちらも必ずご記入ください

異動後 勤務先	(社会福祉施設種別名) (職種) (法人名・施設名) ※介護事業所番号： (所在地) 〒 — (電話) (FAX)
------------	--

※介護保険事業の場合、必ずご記入ください。

\* 公印が押されていないものは受付いたしかねます。

\* 新しい勤務先にて社会福祉法に基づく第1種・第2種社会福祉事業もしくは介護保険事業に従事されている方に限り、継続受講が可能です。