

令和 年 月 日

鹿児島県社会福祉協議会  
福祉人材・研修センター所長 殿

### 介護支援専門員実務研修の来年度受講に係る申出書

令和6年度介護支援専門員実務研修について、以下の理由で受講できないため、来年度の研修受講を希望することを申し出ます。

氏名	(フリガナ) .....
生年月日	年 月 日
住所	〒
電話番号（携帯電話番号）	
勤務先	事業所名： 電話番号：
今年度受講できない理由	
備考	

※来年度も受講が難しい場合は、その旨を備考欄にご記入いただき、受講が可能になった時点で、下記問い合わせ先にご連絡ください。

【問い合わせ・送付先】

〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1番7号 県社会福祉センター6階  
社会福祉法人鹿児島県社会福祉協議会 福祉人材・研修センター  
「介護支援専門員研修係」（担当：山下, 奥）  
TEL：099-258-1172 FAX:099-250-9363