

東京都介護支援専門員 実務研修受講者氏名・住所変更(訂正)届

令和 年 月 日

公益財団法人東京都福祉保健財団理事長 様

氏 名 _____

受講番号 _____

氏名・住所の変更(訂正)について、下記のとおり届け出ます。

記

1 氏名の変更(訂正)

フリガナ		
新・正	姓	名
フリガナ		
旧・誤		

【添付資料】(氏名の変更事実が確認できる)戸籍抄本(原本)

※3か月以内に交付を受けたもの

2 住所の変更(訂正)

フリガナ	
新・正	〒 電話番号 ()
フリガナ	
旧・誤	〒 電話番号 ()

【添付資料】住所の変更事実が確認できる以下のいずれか

住民票(原本)※3か月以内に交付を受けたもので、マイナンバーの記載が無いもの
運転免許証の写し

マイナンバーカードの写し※住所の記載がある面のみ

(事務局処理欄)

受付日	確認日	備 考