

令和 年 月 日

東北福祉カレッジ 殿

住 所  
氏名又は名称  
及び代表者名

印

令和 年度 受講コース名 \_\_\_\_\_ に係る変更届

令和 年 月 日 受講予定の受講者の変更をしたいので以下のとおり報告します。

(留意事項) やむなく受講者の変更がある場合のみ認めておりますことを予めご理解ください。なお、変更理由についても詳細を記載ください

記

	旧		新
法人名		法人名	
受講者名		受講者名	
性別		性別	
生年月日		生年月日	
所在地		所在地	
メールアドレス			

※メールアドレスは、オンライン研修受講コースのみご記載ください。

変更理由
------

FAX 番号 : 022-281-8617 迄