

令和8年度サービス管理責任者等研修（実践）
申込内容 修正届

年 月 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
福祉人材センター サビ児管研修G 宛
(FAX : 052-212-5518)

法人・事業所名	
電話番号	
担当者氏名	

下記の者の申込内容について、以下の通り修正がありましたので届け出ます。

フリガナ	
受講者氏名	

※修正する項目のみ、正しい内容をご記入ください。

修正項目	修正後	
フリガナ		
受講者氏名 ※受講生の変更はできません		
生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成	
法人・事業所情報 (名称・住所・電話番号等)		
優先順位	名申込中	番目
申込に係る状況 ※セルをクリックして選択		
希望する演習日 ※セルをクリックして選択	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
その他（修正がある場合はご記入ください）		

令和8年度サービス管理責任者等研修（実践）
申込内容 修正届

2026 年 8 月 31 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
福祉人材センター サビ児管研修G 宛
(FAX : 052-212-5518)

法人・事業所名	社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 福祉人材センター サビ児管・一般研修グループ
電話番号	052-212-5516
担当者氏名	鏑時 菅太郎

下記の者の申込内容について、以下の通り修正がありましたので届け出ます。

フリガナ	サビジ カンタロウ
受講者氏名	鏑時 菅太郎

※修正する項目のみ、正しい内容をご記入ください

修正項目	
フリガナ	サビジ カンタロウ
受講者氏名 ※受講生の変更はできません	鏑時 菅太郎
生年月日	☒ 昭和 60 年 6 月 6 日 ☐ 平成
法人・事業所情報 (名称・住所・電話番号等)	〒461-0011 名古屋市東区白壁一丁目50番地
優先順位	10 名申込中 1 番目
申込に係る状況 ※セルをクリックして選択	① 事業所の運営において、必要なサービス管理責任者等が配置できず、現に減算となっているもの。
希望する演習日 ※セルをクリックして選択	第1希望 日程1・12月10日(木)～11日(金) 名古屋会場 第2希望 日程2・12月17日(木)～18日(金) zoom 第3希望 日程3・12月22日(火)～23日(水) zoom
その他(修正がある場合はご記入ください)	・性別を「男」に修正 ・この研修の申込みに関する連絡先電話番号を「052-212-5516」に修正

※氏名の変更は、漢字・カナの修正に限ります。
別の方への申込み変更はできません。変更方法については事務局までご連絡ください。

※上記の項目以外を修正したい場合は、
修正を希望する項目を明示のうえ、修正
後の内容をご記入ください。