

(様式1)

厚生労働省認可通信教育

変 更 届

群馬社会福祉専門学校
精神保健福祉士短期養成通信課程御中

西暦 年 月 日

学籍番号

氏名 ㊟

下記の項目（住所・勤務先・氏名・その他）につき、変更がありますので届け出ます。

記

旧	
新	

日中、連絡の取れる連絡先

変更日 西暦 年 月 日より