（様式 1）　　厚生労働省認可通信教育

変　更　届

群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校
精神保健福祉士短期養成通信課程御中

令和　　年　　月　　日
学籍番号
精神保健福祉士短期養成通信課程
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　　令和　　年　　月　　日より