

学校法人滋慶学園
東京福祉専門学校
理事長 浮舟 邦彦 殿

修了者情報変更届

東京都保育士等キャリアアップ研修

記入日：西暦 年 月 日

氏名	受講研修いずれか1つを選択して記載 修了証右上12桁の番号 ↓		
受講年	西暦 年	修了証番号	第 号

※ 以下変更・追加のあった事項の該当欄に○をしてください。(複数可)

本人	勤務先	保育士登録番号
変更日	西暦 年 月 日より変更いたします	

		変更前	変更後
本人	フリガナ 氏名		
	住所	〒 -	〒 -
	電話番号	()	()
勤務先	フリガナ 名称		
	住所	〒 -	〒 -
	電話番号	()	()
登録 番号	都道府県 6桁番号		都道 府県 []

※ 改姓名のときは戸籍抄本（原本）1部を添付の上ご提出ください。

※ 保育士資格登録をされた方は、保育士登録番号を記載願います。

個人情報に関する同意書	受付
上記変更・追加情報を東京都福祉保健局に 報告・提供することに同意します。 署名： _____	