

厚生労働大臣試験事務実施機関  
全国社会保険労務士会連合会会長 殿

第 56 回 (令和 6 年度) 社会保険労務士試験  
受験申込事項 (住所・電話番号) 変更届

標記試験の受験申込事項について、下記のとおり変更となりましたので届出します。

1. 受験申込者 (受験申込時の変更前の項目を全て記入してください)

フリガナ		変更届出日	(西暦) 年 月 日
氏 名		生年月日	(西暦) 年 月 日
		受験番号※	
住所地の 都道府県	都 道 府 県	郵便番号7桁 (ハイフン不要)	
住 所			電話番号

※受験番号は、受験票受領後に本届出を行う場合に記入してください。

2. 変更の内容

上記 1. に記入した内容と変更となる項目のみを記入してください。

住所地の 都道府県	都 道 府 県	郵便番号7桁 (ハイフン不要)	
住 所			電話番号
			( )

注 1 : この届出の期限は、**2024 年 9 月 20 日**です。これ以降の届出は不要です。

2 : この様式は、**住所、電話番号のみの変更**に使用するものです。氏名・希望試験地の変更にはそれぞれ専用の様式を使用してください。

3 : この届出は、郵送のほか FAX を使用することができます。FAX 送信完了後、必ず到着確認の電話連絡をしてください (電話連絡のないものは届出の内容が修正されない場合があります)。

○ FAX = 03-6225-4883

○ TEL = 03-6225-4880

※電話連絡の受付時間 = 9 : 30 ~ 17 : 30 (平日)

◎連合会使用欄 (下記は記入しないでください)

電話連絡	照査	照会	修正	確認	備考
月日 月 日	所見なし <input type="checkbox"/>	不要 <input type="checkbox"/>	既済 <input type="checkbox"/>	既済 <input type="checkbox"/>	
時間 :	本人照会 <input type="checkbox"/>	必要 <input type="checkbox"/>	未済 <input type="checkbox"/>	未済 <input type="checkbox"/>	
電話なし <input type="checkbox"/>					