

【申込締切】令和5年 4月21日(金)必着

# 「令和5年度大分県介護支援専門員再研修」受講申込書

- ・下記枠内にご記入のうえ、**介護支援専門員証のコピーを添付し、必ず郵送**にて当センターへお申し込みください。（個人情報を含みますので、FAXは禁止しております）
- ・申込み後、都合により出席できなくなった場合は、当センター担当者までご連絡ください。
- ・第1希望が定員超過の場合、第2希望等で調整いたしますので、ご了承ください。
- ・必要事項の記入漏れがございましたら、センターから連絡が入りますのでご了承ください。

			記入日	令和5年	月	日
第1希望	第2希望	組希望なし	※人数が増えた場合、3組開催になります。3組目の日程は開催要綱1枚目に記入しています。 ※万一、3組開催になった場合、受講可・受講不可のどちらかに「○」を記入してください。			
1組・2組	1組・2組		3組受講可・3組受講不可			
受講方法		テキスト購入(どちらかに○をしてください。)		テキストを購入されない方のみ、理由を必ずご記入ください。 例)友人に借りるため 等		
集合研修・Web研修		購入します・購入しません				
メールアドレス(連絡が確実に届くアドレスを記入してください)※全員記入必須						
(フリガナ)			アットマーク			
			@			

アドレスの記入につきまして、以下の点にご注意ください。

アルファベットの「b」、数字の「6」 または、アルファベットの「q」や数字の「9」等の見分けがつかないので、フリガナをふってください。

また、集合研修希望の方も記入してください。集合研修希望者の中には、アドレスを持っていない方がいらっしゃると思います。その場合は記入欄に『無し』と記入してください。

## Web研修受講を選ぶに当たってのチェックリスト※Web研修を選んだ方、全員記入必須

- パソコンで受講できる
- Webカメラ・Webマイクがある
- インターネット環境が整っている
- 印刷環境が整っている
- パソコンがExcelやWord、PDFに対応している

受講者	フリガナ				生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	氏名				自宅電話番号	( )				
	(旧姓)	※介護支援専門員証と異なる場合に記入			携帯電話番号	( )				
	住所	〒 -					現在実務に就いている			
							いる ・ いない			
	介護支援専門員 番号	※介護支援専門員証記載の登録番号								
	有効期間 満了日	平成・令和 年 月 日					*必ず介護支援専門員証(介護支援専門員証がない場合、登録証明書)のコピーを添付してください。			
基礎資格・ 現在の職種	介護福祉士 ・ 看護師 ・ ヘルパー ・ 社会福祉士 ・ 保健師 ・ 医師 ・ 栄養士 ・ PT ・ OT ・ 薬剤師 ・ 歯科衛生士 ・ その他 ( )									
現在の 勤務先	事業所名									
	電話/FAX	電話 ( )	FAX ( )							
備考欄	※例)足を骨折しているので、席の配慮をお願いします。等									