

【申込締切】平成28年9月8日(木)必着

受講者番号

(記入不要)

## 「平成28年度大分県介護支援専門員更新研修」受講申込書

(実務未経験者向け)

・下記枠内にご記入のうえ、介護支援専門員証の写しを添付し、必ず郵送にて当センターへお申し込みください。

・この申込書は、修了証明書作成時にも使用するため、戸籍と同じ氏名をご記入ください。

・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。

平成 年 月 日

研修日程の1組、2組のうち希望する組を、それぞれ記入してください。

第1希望が定員超過の場合、第2希望で調整いたします。

特に希望のない方は「希望なし」を○で囲んでください。

第1希望:	組	第2希望:	組	希望なし
-------	---	-------	---	------

受講者	フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日
	氏名	印		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	〒 -			
	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 年 月 日			
<b>*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。</b>					
現在の勤務先	現在の職種 (○で囲んでください)	・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 ( )			
	事業所名				
	所在地	〒 -			
	電話/FAX	電話 ( )	FAX ( )		