

「平成29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。

第1希望欄・第2希望欄の希望する組に「○」を記入してください。

第1希望が定員超過の場合、第2希望で調整いたしますので、ご了承ください。

組の希望がない方は、「組希望なし」欄に「○」を記入してください。



| | | | | | | | |
|------------------------|------|--------|------|---------------------------|---|-----|---|
| | | 記入日 | | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 第1希望 | | 第2希望 | | 組希望なし | | 備考欄 | |
| 1組 | ・ 2組 | 1組 | ・ 2組 | | | | |
| 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、理由をご記入ください | | | |
| 購入します | | 購入しません | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------|--|--|-----|--------|-----|-----|---|---|
| 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 | | | |
| | *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。 | | | | | | | |
| 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 | () | | |