

平成30年度 介護支援専門員専門研修兼更新研修(実務経験者)  
【専門研修課程Ⅰ】 受講申込書

ふりがな			性別	生年月日	
氏名			男・女	昭和 平成	年 月 日生
受講会場 〔該当を○で囲む〕	松江	浜田	介護支援専門員 経験年数（通算）	年 月 日 〔研修初日現在〕	
登録番号 (8桁)			登録都道府県 〔該当を○で囲む〕	島根県	島根県以外 ( )
介護支援専門員証の 有効期間満了日	平成 年 月 日				
日中連絡先	□勤務先 □携帯電話 □その他 ( ) ※いずれかにチェック TEL ( ) -				
緊急連絡 FAX 送付先	FAX ( ) -				
現住所 (文書郵送先)	〒				
現 勤 務 先	法人名				
	事業所名				
	介護保険事業所 番号(10桁)	※勤務先が介護保険事業所の場合は必ずご記入ください			
	事業所種別 〔該当を○で囲む〕	1. 地域包括支援センター 2. 居宅介護支援 3. 小規模多機能型居宅介護 4. グループホーム 5. 老人福祉施設 6. 老人保健施設 7. その他 ( )			
	事業所所在地等	〒 TEL ( ) - FAX ( ) -			
基礎資格 〔該当の番号を○で囲む〕	1. 医師、歯科医師 2. 保健師、助産師、(准)看護師 3. 理学療法士、作業療法士 4. 社会福祉士 5. 介護福祉士 6. 相談援助または介護等の業務に従事する者 7. その他 ( )				
備考					
実務経験証明	上記の者は、新たに介護支援専門員証の交付を受けた後または更新後の有効期間中に介護支援専門員として実務に従事していることを証明します。※要押印（事業所代表者） 平成30年 月 日 従事事業所名 代表者氏名 <span style="float: right;">印</span>				

※介護支援専門員証のコピーを必ず添付して下さい。

※ この申込書に記載された個人情報は、本研修及び名簿登録以外の目的には使用しません。