

(様式1)

平成30年度主任介護支援専門員研修 受講申込書

記入日：平成 年 月 日

| | | | |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | 昭和 平成 年 月 日生 |
| | | | 介護支援専門員登録番号 ※8桁 |
| 会場 〔該当を○で囲む〕 | 松江 ・ 浜田 | 介護支援専門員証の有効期間満了日 | |
| 登録都道府県 〔該当を○で囲む〕 | 1 島根県 2 島根県以外 () | 平成 年 月 日 | |
| 現住所等 (受講決定通知送付先) | 〒 携帯電話番号 (ある方のみ) | | |
| 勤務先 | 法人名 | | |
| | 事業所名 | | |
| | 介護保険事業番号 | ※勤務先が介護保険事業所の場合は必ずご記入ください | |
| | 所在地等 | 〒 電話 FAX (緊急連絡先) | |

介護支援専門員実務経験（見込）証明書

平成 年 月 日

上記の者の介護支援専門員としての実務経験を以下のとおり証明します。

| | | |
|------------------|---|---|
| 実務経験期間 | 自 平成 年 月 日 | |
| | 至 平成 年 月 日 (年 ヶ月) | |
| 上記期間における 就業状況 | 1 専任 2 管理者（居宅介護支援事業所）との兼任 3 両方 ⇒専任期間（ ヶ月）・兼任期間（ ヶ月） | |
| 証明者 | 従事事業所名 | |
| | 事業所所在地 | |
| | 代表者氏名 | 印 |
| | 電話番号 | |

※注意事項

- 複数の期間や事業所を通算する場合は、様式1別紙の証明書をコピーしてご使用ください。
- 実務経験証明にあたっては必ず証明権限を有する者が記入し、職印を押印してください。