【島根県福祉人材センター行　FAX　0852-32-5956】　　申込〆切：12/11（火）

※添書は不要ですので、このまま FAX してください。

※必ず介護支援専門員実務研修受講試験の合格証書（写）を添付して下さい。

平成 30 年度 介護支援専門員実務研修
受講申込書

ふりがな			会　場	
氏　名			松江　・　浜田	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生		性　別	男　・　女
合格年度	平成　　年度	合格番号 （合格証書記載）	第　　号	
日中連絡先	□勤務先　□自宅　□その他　※いずれかにチェック ＴＥＬ（　　）　　－			
緊急連絡 FAX 送付先	□勤務先　□自宅　□その他　※いずれかにチェック ＦＡＸ（　　）　　－			
現　住　所 （文書郵送先）	〒			
現勤務先　法　人　名				
現勤務先　事　業　所　名				
現勤務先　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			
現勤務先　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（　　）			
現勤務先　所　在　地　等	〒			
基礎資格 〔該当を○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　介護福祉士　５　精神保健福祉士 ６　社会福祉士　７　相談援助または介護等の業務に従事する者 ８　その他（　　）			
備　　考				

※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。