

## 令和2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					
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 携帯 TEL ( )		※いずれかにチェック —			
緊急連絡 FAX 送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯電話 FAX ( )		※いずれかにチェック —			
文書郵送先住所	〒					
現 勤 務 先	法人名					
	事業所名					
	介護保険事業所 番号 (10桁)		電話番号			
	事業所種別 〔該当を○で囲む〕		1. 地域包括支援センター    2. 通所介護支援    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 ( )			
	所在地等		〒  (原則、テキストは事業所に送付します。)			
基礎資格 〔該当の番号を○で囲む〕	1. 医師等    2. 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. 管理栄養士    7. 相談援助に従事する者 8. 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） <div style="text-align: right;">令和2年 月 日</div> 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。