

※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証（写）または介護支援専門員登録年月日を確認できる書類（写）を添付して下さい。令和4年度 介護支援専門員更新研修〔実務未経験者〕兼再研修  
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	
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 の交付	受けている	(有効期間満了日) 平成		年	月 日
	受けていない	(登録年月日) 平成		年	月 日
緊急連絡先		<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯    ※いずれかにチェック TEL (                      )                      -			
緊急連絡 FAX 送付先		<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅                      ※いずれかにチェック FAX (                      )                      -			
文書郵送先住所 (受講決定・パスワード等)		〒			
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. 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. 通所介護支援    8. その他 (                      )			
	住所	〒 (原則、テキストは事業所に送付します。勤務していない方のみ文書郵送先住所に送付します。)			
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 歯科衛生士 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、本研修及び名簿登録以外の目的には使用しません。