

【島根県福祉人材センター行 FAX 0852-32-5956】 申込〆切：11/30（木）13：00

※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5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				出雲・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・令和 年 月 日			※介護支援専門員証(写)を添付してください		
	受けていない	(登録年月日) 平成・令和 年 月 日			※介護支援専門員登録年月日を確認できる書類(写)を添付してください		
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・名前 (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は、本研修及び名簿登録以外の目的には使用しません。