

2019年度 主任介護支援専門員研修 受講申込書

(年 月 日記載)

| | | | | |
|--|--|----------|----|-----------|
| (ふりがな) | | 捺印してください | | |
| 氏名 | | (印) | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 | | | |
| 自宅住所 | 〒 - (建物名称まで記入してください) | | | |
| 勤務先名 | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 - | | | |
| 事業所種別 (☑を入れてください) | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 連絡先 (書類不備等のお問合せの際、日中に連絡の取れる番号に☑を入れてください) | <input type="checkbox"/> 勤務先 _____ <input type="checkbox"/> 携帯電話 _____ <input type="checkbox"/> 自宅 _____ ※書類不備等でご連絡できない場合は、受付できない場合があります。 | | | |
| 介護支援専門員登録番号 及び登録地 | | | | 【登録都道府県名】 |
| 該当する項目に☑をいれてください。 申し込み時点において、上記事業所にて介護支援専門員として勤務していますか？ <input type="checkbox"/> 勤務しています <input type="checkbox"/> 勤務していません | | | | |
| 開催要項『3 受講対象者(受講資格)』をご参照の上、該当する受講資格に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 受講資格① <input type="checkbox"/> 受講資格② <input type="checkbox"/> 受講資格③ <input type="checkbox"/> 受講資格④ | | | | |

| | |
|---------------------------------|-----|
| 申込みコース (A・B・Cのいずれかをご記入ください。) | コース |
|---------------------------------|-----|

申込期間

Aコース 2019年 2月 13日(水) 到着分 ~ 3月 5日(火) 【当日消印有効】

Bコース 2019年 4月 15日(月) 到着分 ~ 5月 7日(火) 【当日消印有効】

Cコース 2019年 9月 30日(月) 到着分 ~ 10月 25日(金) 【当日消印有効】

(各コース、定員になり次第、申込を締め切らせていただきます。)

※記入された内容に不備がある場合や捺印漏れの場合は、受付できない場合があります。