

更新専用

※本申込書にて**専門研修**への申し込みはできません※

2019年度 熊本県介護支援専門員更新研修(実務経験者・初回)受講申込書

申込者	ふりがな					性別	1 男	生年月日	S/H 年 月 日		
	氏名						2 女				
	介護支援専門員証について	登録番号(8桁)									
		※必ず介護支援専門員証のコピーを本申込書2枚目に貼付して提出してください									
		介護支援専門員証の有効期間満了日	年 月 日		登録都道府県(いずれかに○)		1 熊本県 2 他都道府県(以下の該当する方に○) → (受講地・登録地)変更手続き中				
	現住所	〒									
連絡先	(自宅)				(携帯電話)						
前回受講した法定研修(該当するものに○)	1 実務者研修 2 更新研修(実務未経験者) 3 再研修										

勤務先	介護支援専門員としての現在の勤務先	事業所名及び就労状況	【事業所名】 (就業期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)							
		住所	〒							
		電話番号								
	介護支援専門員として従事した通算年数	年 月								
	所属する事業所の種別(該当番号に○)	1 居宅介護支援事業所				6 小規模多機能型居宅介護				
		2 介護老人福祉施設				7 認知症対応型共同生活介護				
3 介護老人保健施設				8 特定入居者生活介護						
4 介護療養型医療施設				9 その他()						
5 地域包括支援センター										

私は、上記内容に一切の相違ないことを誓約し、更新研修(実務経験者・初回)を申し込みます。

年 月 日 氏名

印

【介護支援専門員証及び受講料振込証明書貼付欄】※必ずコピーしたものを原寸大に切り取って貼付してください※

※注意事項※

- ・貼付のない申込書は受理できません
- ・受講料振込明細書に振込日・振込者氏名・金額が明記されていることを必ずご確認ください
- ・ATMからのお振り込みの場合は利用明細書を証明としてご利用ください。

・振込証明書原本の貼付はご遠慮ください。

※万が一原本が貼付されていた場合、返却の希望やその他問い合わせへの対応は一切いたしかねます。

・証明書が貼付欄より大きいサイズであった場合、別添にてご提出いただくことも可能です。

・法人又は事業所からのお振り込みの場合は、空欄もしくは別添の用紙で法人、事業所からの振込であることがわかるような記載をお願いいたします。

※締切※**2019年4月21日(日)※当日消印有効**

※必ず郵送にてお申し込みください

※締切後の申込受付は一切いたしかねます

【申込先】

熊本県介護支援専門員協会 事務局

〒862-8799

熊本東郵便局 私書箱第10号

熊本県介護支援専門員協会 宛

申込前に以下の4点をご確認ください

☐すべての記入欄に記載漏れがない☐介護支援専門員証のコピー貼付☐受講料振込証明書のコピー貼付☐「誓約」箇所への署名捺印※上記すべてに☒確認後お申し込みください

※申込書に不備があった場合は、受付ができません