

大規模災害発生直後から要援護者支援のために被災地へ派遣する

介護支援専門員養成モデル研修会（熊本会場）参加申込書

ふりがな 氏 名			性 別	男・女	生年月日	大正 昭和	(年 月 日)	才)
※下記に必要事項をご記入ください								
勤 務 先	名 称 (事業所名)				電話番号			
	所在地	〒			FAX 番号			
ケアマネ実務経験		年 ヶ月 ※専任兼任は問いません。						
登 録 番 号								平成 年 資格取得
会 員		日本協会 県協会 (支部)			非会員		※いずれかに○	
災害支援ケアマネ ボランティア登録		希望する 希望しない 未 定			※いずれかに○			

ふりがな 氏 名			性 別	男・女	生年月日	大正 昭和	(年 月 日)	才)
※下記に必要事項をご記入ください								
勤 務 先	名 称 (事業所名)				電話番号			
	所在地	〒			FAX 番号			
ケアマネ実務経験		年 ヶ月 ※専任兼任は問いません。						
登 録 番 号								平成 年 資格取得
会 員		日本協会 県協会 (支部)			非会員		※いずれかに○	
災害支援ケアマネ ボランティア登録		希望する 希望しない 未 定			※いずれかに○			

※不足する場合は、コピーしてご使用ください。