

平成28年度熊本県介護支援専門員専門研修 受講申込書

登録番号	※43で始まる8ケタの番号です (熊本県以外の登録者は番号が異なります)	介護支援専門員証有効期間	
		平成 年 月 日	
ふりがな		生年月日	性別 ※どちらかに○を
氏名		T・S・H 年 月 日	1.男 2.女
現住所	〒		
自宅の電話番号		昼間の連絡先 (必ず連絡がつくところ)	

介護支援専門員以外の保有資格に○を付けてください	ア 医師 イ 歯科医師 ウ 薬剤師 エ 保健師 オ 看護師 カ 准看護師 キ 理学療法士 ク 作業療法士 ケ 栄養士(管理栄養士) コ 社会福祉士 サ 介護福祉士 シ 精神保健福祉士 ス 資格なし セ その他 ()
--------------------------	--

※ 現在の職種に○を付けてください

現在の勤務先	勤務先名	
	住所	〒
	電話番号	
	就業期間	平成 年 月 日 ~ (年 月)

これまでに介護支援専門員として従事した通算の年数 (年 月)

受講希望選択 ※下記のいずれかを選択します

グループ①	グループ②

振込書等の写し(コピー)
貼り付け欄

締切 平成28年5月27日(金) 必着

※身体の障がい等により受講に際して配慮が必要な場合は、事前に御相談ください

【申込先】 熊本県介護支援専門員協会事務局

住所 〒862-0913

熊本市東区尾ノ上1-22-31-302

TEL 096-288-6553

【注意】

○ 払込書等の写し(コピー)が貼り付けられていない場合は、申し込みの受付ができません。

※必ず郵送でお申し込みください。

私は、介護支援専門員として **実務に従事しており、研修初日の時点で従事した期間が3年以上経験している**ことを誓約し、専門研修を申し込みます。

上記のことに相違はありません。

平成 年 月 日

氏名

Ⓜ