平成２８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

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	更新回数（どちらかに○を） １．初めての更新 ２．２回目の更新
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

就労状況 （該当番号に○）	1　現在、介護支援専門員の業務に就いている	2　現在は、介護支援専門員の業務に就いていないが、就いていたことがある （就業期間：H　　年　　月　　日～H　　年　　月　　日）
①介護支援専門員としての現在又は直近の勤務先	勤務先名	
	住　所	〒
	電話番号	（　　）　　－
②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　　ヶ月（①を含む）

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

※上記空欄の受講希望グループに○をつけてください。

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

※必ず郵送でお申し込みください。

振込書等の写し（コピー）貼り付け欄

【注意】

○ 振込書等の写し（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。

私は、介護支援専門員として（ 実務に従事している ・ 実務に従事した経験がある ）ことを誓約し、更新研修（実務経験者・初回）を申し込みます。※（　）内のいずれかに○をつけてください。

上記のことに相違はありません。

平成　　年　　月　　日　　氏名　　㊞