

# 平成29年度熊本県主任介護支援専門員更新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。登録番号がわからないときには県担当課にお問合せください)	介護支援専門員証有効期間 (必ずご記入ください)	
		平成 年 月 日 ※介護支援専門員証の写しは本申込書下部に貼付	
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	〒		
緊急連絡先	(受講前後の重要な連絡や緊急連絡に使用しますので携帯電話ご記載にご協力ください) 自宅 (両方/もしくは) 携帯		
勤務先	勤務先名		
	住所	〒	
	電話番号	( ) -	
主任介護支援専門員研修修了年月日及び研修実施機関	平成 年 月 日 修了 ※主任介護支援専門員研修修了書の写しを必ず同封ください	<ul style="list-style-type: none"> <li>・熊本県</li> <li>・熊本県介護支援専門員協会</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>	

※ 該当する研修実施機関に○を付けてください

受講対象 いずれか 1つに○	①	介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者
	②	地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年4回以上参加した者
	③	日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者
	④	日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャー
	⑤	地域包括支援センターで主任介護支援専門員として現に業務を行っている者

※本申込書をもって記載内容の一切に相違がないことをご誓約いただいたものとみなします。

締切 平成29年4月20日(木) 必着

※必ず郵送でお申し込みください。

【申込先】熊本県介護支援専門員協会

住所 〒862-0913 熊本市東区尾ノ上1-22-31-302

介護支援専門員証貼付箇所	※コピーしたものを必ず原寸大程度に切り取って貼付ください