

**平成29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			更新回数 (どちらかに○を)	
		平成	年	月	日	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	〒					
連絡先 (携帯)	※緊急連絡の際必要ですので必ずご記入ください					

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介護支援専門員として従事した通算の年数	年 月 (①を含む)		

●介護支援専門員証貼付欄 ※コピーしたものを原寸大に切り取って貼付ください

締切 平成29年5月15日(月) 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

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 ㊟