平成２９年度熊本県介護支援専門員専門研修
（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（どちらかに〇を） １．初めての更新 ２．２回目の更新
ふりがな		生年月日	性別　※どちらかに〇を
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 （該当番号に〇）	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　　ヶ月（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。※（　）内のいずれかに〇をつけてください。

上記のことに相違はありません。

平成　　年　　月　　日　　氏名　　㊞