

平成29年度熊本県介護支援専門員更新再研修（54時間）

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			S・H 年 月 日	1. 男 2. 女
現 住 所	〒			
自宅の電話番号			携帯番号 (緊急連絡用)	(緊)
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

【提出書(コピー)貼付け欄】※必ずコピーを貼付ください。振込証明書のサイズが大きい場合は裏面に貼り付けても構いません。

①介護支援専門員証(原寸大写し)/②振込書(受講料振込の証明書(写し))

申込締切 平成29年8月31日(木) 必着

※期限厳守。締切を過ぎてのお受付は致しかねます

【申込先】 〒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 宛