

平成28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)		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			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)	
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		・熊 本 県 ・熊本県介護支援専門員協会 ・その他 ()	

※ 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

締切 平成28年4月15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

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、本申込書の記載内容に相違ないことを誓約し、主任介護支援専門員更新研修を申し込みます。

上記のことに相違はありません。

平成

年

月

日

氏名

印