

|       |  |
|-------|--|
| 受講者番号 |  |
|-------|--|

(記入不要)

## 「平成29年度大分県介護支援専門員更新研修」受講申込書

(実務未経験者向け)

・下記枠内にご記入のうえ、介護支援専門員証の写しを添付し、必ず郵送にて当センターへお申し込みください。

- ・この申込書は、修了証明書作成時にも使用するため、戸籍と同じ氏名をご記入ください。
- ・申込み後、都合により出席できなくなった場合は、当センター担当者までご連絡ください。

第1希望欄・第2希望欄の希望する組に「○」を記入してください。  
 第1希望が定員超過の場合、第2希望で調整いたしますので、ご了承ください。  
 組の希望がない方は、「組希望なし」欄に「○」を記入してください。



|                        |      |        |      |                           |     |   |
|------------------------|------|--------|------|---------------------------|-----|---|
|                        |      | 記入日    | 平成   | 年                         | 月   | 日 |
| 第1希望                   |      | 第2希望   |      | 組希望なし                     | 備考欄 |   |
| 1組                     | ・ 2組 | 1組     | ・ 2組 |                           |     |   |
| テキスト購入(どちらかに○をしてください。) |      |        |      | テキストを購入されない方のみ、理由をご記入ください |     |   |
| 購入します                  |      | 購入しません |      |                           |     |   |

|        |  |  |     |        |     |     |     |   |
|--------|--|--|-----|--------|-----|-----|-----|---|
| 受講者    | フリガナ   |  |     | 生年月日   | 昭和  | 年   | 月   | 日 |
|        | 氏名   | 印  |     | 自宅電話番号 | ( ) |     |     |   |
|        | (旧姓)   | ※介護支援専門員証と異なる場合に記入   |     | 携帯電話番号 | ( ) |     |     |   |
|        | 住所   | 〒 —  |     |        |     |     |     |   |
|        | 介護支援専門員番号                                      | ※介護支援専門員証記載の登録番号   |     |        |     |     |     |   |
|        | 有効期間満了日  | 平成 年 月 日   |     |        |     |     |     |   |
|        | *必ず介護支援専門員証(介護支援専門員証がない場合、登録証明書)のコピーを添付してください。 |  |     |        |     |     |     |   |
| 現在の勤務先 | 現在の職種(○で囲んでください)                               | ・介護福祉士 ・看護師 ・ヘルパー ・社会福祉士 ・保健師 ・医師 ・栄養士<br>・PT ・OT ・薬剤師 ・歯科衛生士 ・その他 ( ) |     |        |     |     |     |   |
|        | 事業所名   |  |     |        |     |     |     |   |
|        | 所在地  | 〒 —  |     |        |     |     |     |   |
|        | 電話/FAX   | 電話   | ( ) |        |     | FAX | ( ) |   |