

平成 29 年度 実務従事者フォローアップ研修受講申込書

申込〆切 11月24日(金)

事業所番号					
事業所名					
事業所種別 番号を○で囲んでください	1 居宅介護支援事業所 3 小規模多機能型居宅介護の事業所 5 介護老人保健施設 7 認知症対応型共同生活介護の事業所 9 その他 ()		2 地域包括支援センター 4 介護老人福祉施設 6 介護療養型医療施設 8 特定施設入居者生活介護の事業所		
事業所所在地	〒 _____				
事業所TEL			事業所FAX		
フリガナ			生 年 月 日	昭和 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
参加者氏名					
自宅住所	〒 _____				
自宅TEL			自宅FAX		
研修当日の 連絡先 (必ず記載して下さい)	※携帯電話の電話番号、E-mail アドレスをご記入ください。 E-mail アドレス： 携帯電話番号：				
介護支援専門員 登録番号	(介護支援専門員証の登録番号をご記入ください、専門員証交付申請中の方は申請中にご記入ください)				
登録都道府県			有効期間満了日	年 _____ 月 _____ 日	
介護支援専門員 としての就業期間	_____ ヶ月		保有資格の番号を ○で囲み、その他 については保有資 格名を記入	1 介護福祉士	2 ホームヘルパー
介護支援専門員として 就業を開始した時期	平成 _____ 年 _____ 月			3 看護師	4 社会福祉士
5 その他 ()					
身体の障害等のため、研修の受講において配慮を要する方はご記入ください。					

別紙1「開催日程一覧」を参照の上、希望するコース名をご記入下さい。

*会場の都合上ご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

	第1希望	第2希望	第3希望
居宅系			

	第1希望
施設系	

【添付書類】

介護支援専門員証の写し (A4用紙にコピーしてください)

【申込先】

下記あてにご郵送ください。

〒231-0023 横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階 一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会 研修担当 電話 045-671-0284 FAX 045-671-0287 (月～金 9時～18時)
