

岩手県介護支援専門員研修に係る受講履歴確認申込書

平成 年 月 日

公益財団法人いきいき岩手支援財団事務局長 様

受講履歴の確認を依頼します。

介護支援専門員 登録番号	
フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日生 平成 年 月 日生
住所	〒
電話番号	

～82円切手を貼った返信用封筒（住所・氏名を記入のこと）を同封し

下記の送付先まで送ってください～

送付先

〒020-0015 盛岡市本町通 3-19-1 岩手県福祉総合相談センター 3F
公益財団法人いきいき岩手支援財団 評価公表・研修課 あて