

岩手県介護支援専門員研修に係る受講履歴確認申込書

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 平成 年 月 日生
住所	〒
電話番号	

～84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 公表・研修課