

申込様式7 (本書を送付する前に、必ずコピーして保管してください。)

令和2年度岩手県介護支援専門員 **再研修** 受講申込書

フリガナ名	(姓)	(名)	生年月日	昭和 平成	年 月 日			
自宅電話番号	()		この欄に介護支援専門員証のコピーを貼付してください。					
携帯電話番号	- -							
自宅住所	〒							
登録地	<input type="checkbox"/> 岩手県 <input 2"="" type="checkbox/>()都道府県)</td></tr><tr><td>登録番号※1</td><td colspan="/>							
有効期間満了日※2	平成 年 月 日							
事業所務 (し て 設 い る)	事業所番号							
	名称	(法人名) (事業所・施設名)						
	所在地	〒						
	電話番号	()		FAX番号	()			
●申込理由(受講申込の理由について、あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> または()内に記入してください)		<input type="checkbox"/> 1年以内に介護支援専門員として実務を行う予定がある ↳()月から 事業所・施設名 ()						
		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員としての実務は行わないが、業務上、有効な証が必要となる ↳職種・業務内容 ()						
		<input type="checkbox"/> 具体的な予定はないが、1年以内に介護支援専門員として実務を行う可能性がある						
		<input type="checkbox"/> その他 ()						
●身体障がい等のため、受講時の配慮を希望する場合、内容を具体的に記入して下さい。								
本申込書に記載した事項に間違いはありませんので、介護支援専門員再研修に申し込みます。								
令和 年 月 日								
署名						印		

※1 「介護支援専門員証」を紛失されるなど「登録番号」(8桁)が不明な方は、岩手県保健福祉部長寿社会課(TEL:019-629-5441)に確認し記入してください。紛失した方は専門員証のコピー貼付は不要です。

※2 登録のみ行い、専門員証の交付を受けていない方は、記入不要です。