

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 |

◆ 証明書類の発行を希望しますか。いずれかにチェックをお願いします。

しない

※ 法定研修申込時に、修了証明書の代わりとして使用する場合は、こちらにチェックをお願いします。この書類の提出をもって、修了証明書の写しに代えます。

する

※ 下記を記入のうえ、110円切手を貼付した定形の返信用封筒（住所、氏名を記入のこと）を同封し、御提出ください。

| | |
|------|---|
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | |

◆ 提出先

〒020-0015 盛岡市本町通3-19-1 3階
(公財) いきいき岩手支援財団 研修課