

注)確認用としてコピー(控え)
を取ってからご郵送下さい。

平成28年度介護支援専門員

(2回目)更新研修(実務経験者)【32時間】受講申込書

| | | | | |
|--------------------------------------------|-------------------|-------------|--------------|-----------------|
| ①希望日程 ※希望する日程に○をつけてください。 | 専門研修課程Ⅱ | A日程 (県北) | B日程 (県央) | C日程 (県央) |
| ②介護支援専門員登録番号 (登録都道府県名) | (宮崎県・都道府県) | | | |
| ③介護支援専門員有効期間満了日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| ④氏名(ふりがな) | () | | | |
| ⑤生年月日・性別 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 男・女 |
| ⑥現住所・自宅電話・携帯電話 ※住所はマンション名及び棟号番号 まで記入 | 住所 | 〒 | — | |
| | 自宅 | — | — | FAX(有・無) |
| | 携帯 | — | — | |
| ⑦勤務先 | 名称 | | | |
| | 住所 | 〒 | — | |
| | TEL | | FAX | |
| ⑧連絡先電話番号 | TEL | - | - | (自宅・携帯・勤務先・その他) |
| ⑨介護支援専門員受験時の資格 | 例:介護福祉士・看護師・社会福祉士 | | | |
| ⑩介護支援専門員実務年数 | 年 | か月 | (H28.4.1 現在) | |
| ⑪テキストの購入 | 購入する・購入しない | | 事前送付 | 希望する・希望しない |

※1)上記②～⑥の項目につきましては、修了証明書発行時に必要となります。

※2)⑧連絡先電話番号については、申込内容確認等のため確実に連絡がとれる番号をご記入ください。

※3)初回更新研修修了証明書の写しを添付してください。(研修名一更新研修(実務経験者))

※4)日程については、先着順で受け付けいたしますので、希望にそれない場合があります。

※5)本研修申込みで取得した個人情報、本研修並びに宮崎県介護支援専門員協会の事業運営に関する事、宮崎県への報告以外には利用いたしません。

◇送付先 〒880-0001 宮崎市橘通西5丁目6-57 山崎ビル4階 (一社)宮崎県介護支援専門員協会
申込期間:平成28年4月12日(火)消印～4月28日(木)必着