

平成30年度 中堅介護支援専門員 事例検討会 受講申込書

勤務先	名称			
	住所	〒 —		
	電話番号	( ) —		
	FAX番号	( ) —		
職場形態 (該当するものに○)	<input type="radio"/>	居宅系	居宅介護支援事業所/小規模多機能型居宅介護事業所/複合型サービス事業所	
	<input type="radio"/>	施設系	介護老人福祉施設/介護老人保健施設/介護療養型医療施設/(地域密着型)介護老人福祉施設入所者生活介護事業所/特定施設入居者生活介護事業所/認知症対応型共同生活介護事業所	
	<input type="radio"/>	地域包括支援センター		
介護支援専門員登録番号		会員の 有無	<input type="checkbox"/> 会員 (8,000円)	<input type="checkbox"/> 非会員 (16,000円)
氏名・性別	(ふりがな)  (男・女)			
生年月日	昭和・平成 年 月 日			
自宅の連絡先	〒 —  TEL ( ) —			
基本職種 (ケアマネ試験受験時の職種・資格)	例) 介護福祉士・社会福祉士・看護師			
介護支援専門員実務経験期間 (H30.3.1現在)	年 月			

※申込書で得た個人情報については、本研修の運営・管理以外には利用しません。また、本人の同意なく第三者への開示・提供はしません。

○申込み・問い合わせ先

〒880-0001 宮崎県宮崎市橘通西5丁目6-57 山崎ビル4階

TEL0985-61-1830 (問い合わせ時間) 午前9時から午後5時(月曜日～金曜日)

一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会 事務局

担当 井上・長友

**【申込期間】 平成30年3月13日(火)消印～平成30年4月11日(水)必着**