介護予防ケアマネジメント実践者研修 受講申込書

記入日　令和５年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位1 | １　氏名（ふりがな） | （　 　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ２　性　　別 | 男 ・ 女 | | 生年月日 | | | 昭和・平成　　年　　月　　日 | | | | |
| ３　勤務先名 |  | | | | | | | | | |
| ４　勤務先住所 | 〒  ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ | | | | | | | | | |
| ５　連絡先TEL | ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自宅・勤務先・携帯） | | | | | | | | | |
| ６　Mailアドレス | ＠ | | | | | | | | | |
| ７　勤務先での役職 | 主任介護支援専門員 ・ 介護支援専門員 ・ 保健師  　社会福祉士　・　看護師 ・ その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ８　介護支援専門員  登録番号(※有資格者のみ) |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| ９　受講希望日 | １２月１２日（火）　　・　１２月１５日（金） | | | | | | | | | |
| 優先順位2 | １　氏名（ふりがな） | （　 　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ２　性　　別 | 男 ・ 女 | | 生年月日 | | | 昭和・平成　　年　　月　　日 | | | | |
| ３　勤務先名 |  | | | | | | | | | |
| ４　勤務先住所 | 〒  ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ | | | | | | | | | |
| ５　連絡先 | ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自宅・勤務先・携帯） | | | | | | | | | |
| ６　Mailアドレス | ＠ | | | | | | | | | |
| ７　勤務先での役職 | 主任介護支援専門員 ・ 介護支援専門員 ・ 保健師  　社会福祉士　・　看護師 ・ その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ８　介護支援専門員  登録番号(※有資格者のみ) |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| ９　受講希望日 | １２月１２日（火）　　・　１２月１５日（金） | | | | | | | | | |

受付期間：申込締切　令和５年１１月２０日（月）必着

送 付 先：〒880-0001宮崎市橘通西５丁目６－５７山﨑ビル４階

ＦＡＸ：０９８５－６１－１８３２