

平成30年度青森県介護支援専門員更新研修（実務未経験者向け）受講申込書

申込日 平成30年 月 日

私は、現在の介護支援専門員証の交付を受けてから実務に従事した経験を有しないことから、次のとおり実務未経験者向け更新研修（54時間）を申し込みます。

※ 受講者本人が太枠内のみ記入

| 整理番号（記入不要） | 第 | 号 | 受付日（記入不要） | 年 | 月 | 日 |
|--|------------------------|--------------------|--|--------------------|---|---|
| 申込者 | 1日目の受講希望日程に○をつけてください | | 7月3日（火） ・ 7月4日（水） ※申込人数によりどちらか1日のみで開催する場合があります。 | | | |
| | 2日目以降の受講希望会場に○をつけてください | | 青森会場 ・ 八戸会場 | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (才) | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 自宅 TEL/FAX | TEL () FAX () | 日中 連絡先 | TEL () | | |
| 自宅住所 | 〒 - | | | | | |
| 勤務先 | 事業所名 | | | | | |
| | 所在地 | 〒 - | | | | |
| | TEL/FAX | TEL () | FAX () | | | |
| 介護支援専門員 登録番号 | | | 介護支援専門員証 有効期限年月日 | 平成 年 月 日 | | |
| 所持資格（※） | | | | | | |
| 介護支援専門員として実務に就く予定について、該当する番号を○で囲んでください。 1 平成31年度に介護支援専門員として実務に就く予定である 2 今後、介護支援専門員として実務に就く予定（時期は未定） 3 当分の間、介護支援専門員として実務に就く予定はない | | | | | | |
| 備考 | | | | | | |

※ ①郵送・FAXで下記までお申込みください。平成30年5月15日（火）必着

なお、FAXでお申込みの場合は、受信確認のため下記あて電話連絡してください。

②所持資格については、演習におけるグループ分けの参考とします。（複数記載可）

（記載例：医師、看護師、理学療法士、介護福祉士、社会福祉士、訪問介護員、社会福祉主事など）

【 申し込み先 】

〒030-0822

青森市中央3丁目20-30 県民福祉プラザ2階

社会福祉法人青森県社会福祉協議会

福祉人材課「介護支援専門員更新研修」係

TEL 017-732-4335 FAX 017-777-0015