

平成29年度和歌山県介護支援専門員実務研修申込書

申込日 平成29年 月 日

氏名	(ふりがな) 印
生年月日	年 月 日
合格年度	平成 年度 合格 (合格証書の写しを添付してください)
住所	〒 ()
連絡先電話番号 (9時~17時)	(自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯) ※ 携帯電話の場合は、着信拒否の設定にご注意下さい。
保有資格	社会福祉士・介護福祉士・看護師(准看護師) ・介護員 ・その他 ()
現在の勤務先	医療系施設・介護保険施設・居宅サービス系事業所・地域密着型サービス・地域包括支援センター・その他
希望する コースに○	Aコース Bコース

【注意事項】

- ※ 保有資格・現勤務先等は、グループワークの班編成の際に必要となりますので、該当する項目に○印をつけてください。
・「介護員」については、介護職員初任者研修課程、介護職員基礎研修課程、訪問介護員養成研修1・2級課程の修了者
- ※ 本申込書に記載された内容につきましては、個人情報保護条例等の規定により適正な管理を行い、本研修の実施に関する業務以外には使用しません。
- ※ 平成29年度合格者数により、コースの増減があります。
受講コースは、受講決定通知でお知らせします。