

平成29年度和歌山県介護支援専門員更新研修（実務未経験者）申込書

申込日 平成29年 月 日

(ふりがな) 氏 名								印
生年月日	年		月		日			
登録地	和歌山県登録			他府県登録（受講地変更による受講希望）				
介護支援専門員 登録番号 (8桁)								
(有効期間)	平成 年 月 日まで							
住 所	〒 ()							
連絡先電話番号	(自宅 ・ 勤務先)							
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	(種別) 居宅介護支援 ・ 介護保険施設 ・ 居宅サービス事業所 ・ 地域密着型サービス ・ 地域包括支援センター ・ その他							
	(勤務先名称)			(電話番号)				

【注意事項】

※保有資格等は、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。