

平成29年度和歌山県介護支援専門員再研修申込書

申込日 平成29年 月 日

氏名	(ふりがな)							印
生年月日	年		月		日			
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)								
	※他府県登録者は、登録地にて受講、又は、受講地変更(登録地への申請)が必要です。							
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	(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。