

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。