



FAX 送付先 098 - 887 - 4834
申込締切：8月31日(月)必着
 ※送信状は不要です。

「平成27年度沖縄県介護支援専門員実務従事者基礎研修」
 受講申込書

*平成27年7月末日時点での情報を記入してください。

ふりがな			生年	昭和・平成		
申込者氏名			月日	年	月	日
現住所 (自宅)	〒 -					
緊急時連絡先 (必須)	(携帯) -					
基礎資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()					
介護支援専門員 登録番号						登録都道府県
介護支援専門員 としての就業期間	ヶ月				<input type="checkbox"/> 沖縄県 <input type="checkbox"/> その他 ()	
勤務先	事業所種別	<input type="checkbox"/> 居住系 (<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> グループホーム) <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 施設系 (<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型) <input type="checkbox"/> 特定施設・有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ()				
	事業所名称					
	事業所番号					
	事業所所在地	〒 -				
	事業所TEL	() -	事業所FAX	() -		
	同事業所に所属する主任介護支援専門員の在籍	<input type="checkbox"/> 有 (名) <input type="checkbox"/> 無				

※この申込書に記入された個人情報は、本研修以外には使用しません。

【注意】 要項をご確認のうえ、上記内容をすべてご記入ください。(記入漏れがある場合は受付できませんのでご注意ください。)