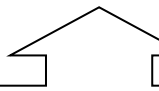


(別紙 2)


FAX 送付先 : 098 - 887 - 4834
5 月 19 日(木)までにお申込ください。
※送信状は不要です。

平成 28 年度沖縄県介護支援専門員「専門研修課程 I」(更新研修を兼ねる)
受講申込書

平成 28 年 4 月末日現在でご記入下さい。

ふりがな			生年	昭和・平成	
申込者氏名			月日	年	月 日 生
現住所 (自宅)	〒				
緊急連絡先 (必須)	(携帯)	-		-	
E-mail	(PC)				
介護支援専門員 登録番号					登録 都道府県 <input type="checkbox"/> 沖縄県 <input type="checkbox"/> その他 ()
基礎職種	<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 <input type="checkbox"/> その他 ()				
介護支援専門員証 有効期間	平成		年	月	日まで
業務状況	※該当する項目へチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 現在、介護支援専門員として実務に従事している <input type="checkbox"/> 過去に介護支援専門員として従事した経験があり、今後業務に就く予定である				
	介護支援専門員実務経験年数 (通算) ⇒ 年 ヶ月				
勤務先 (現任の方のみ)	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"/> 地域包括支援センター <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"/> 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	()
専門研修課程 II の受講について		<input type="checkbox"/> すでに受講した : 平成 () 年度受講 <input type="checkbox"/> 今年度 (平成 28 年度) 受講申込する <input type="checkbox"/> 次年度 (平成 29 年度) 以降受講予定			

【 ※注意 】 要項をご確認の上、受講申込書はすべて記入して下さい。 (記入もれがある場合は、受理できませんのでご注意ください。)