

(別紙 2)

FAX 送付先：098 - 887 - 4834  
6月24日(金)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Ⅱ」(1 回目の更新研修を兼ねる)  
受講申込書

※平成 28 年 4 月末日現在でご記入ください。

ふりがな		生年 月日	昭和・平成 年 月 日生	
申込者氏名				
現住所 (自宅)	〒			
緊急時連絡先 (必須)	(携帯)	—	—	
E-mail	(P C)			
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 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
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 ( )	
介護支援専門員証 有効期間	平成 年 月 日まで			
介護支援専門員 実務経験年数	年 ヶ月 間 ※介護支援専門員としての実務従事期間		<input type="checkbox"/> 現任 <input type="checkbox"/> 非現任	
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"/> 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Ⅰ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) に申し込みをした <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。)

\*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いたしません。