

(様式1)

※必ず1枚の用紙へ両面印刷してください。

「平成28年度沖縄県主任介護支援専門員研修」受講申込書

受講申込日：平成 28年 月 日

ふりがな			生年月日	昭和	
申込者氏名			年	月 日生	
現住所 (自宅)	〒 -				
緊急連絡先(必須)	(携帯)	-			
E-mail (必須)	(PC) ※書類(エクセルやワード)の提出をメールのみで受付する様式もあります。				
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・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()	
	※沖縄県以外で登録されている方は、必ず介護支援専門員証(登録証明書)の写しを添付してください。				
勤務先	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				
	所在地	〒 -			
	TEL	-	-	FAX	- -
	職名	<input type="checkbox"/> 専任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所管理者			

介護支援専門員に関する職歴

	従事期間	勤務先	専任・兼務	職名及び兼任の内容
平成 年 月 日から	年 月 日		専任・兼務	
平成 年 月 日まで				
平成 年 月 日から	年 月 日		専任・兼務	
平成 年 月 日まで				
平成 年 月 日から	年 月 日		専任・兼務	
平成 年 月 日まで				
平成 年 月 日から	年 月 日		専任・兼務	
平成 年 月 日まで				
平成 年 月 日から	年 月 日		専任・兼務	
平成 年 月 日まで				
合計	年 月 日			

- *1 介護支援専門員としての職歴について、専任・兼務にかかわらず全て記載してください。
- *2 専任・兼務のあてはまるところを○で囲んでください。
- *3 端数の日数は、30日を1ヵ月として計算してください。
- *4 「専任」とは常勤専従のことを指します。(指定居宅介護支援事業所の管理者との兼務は、専任期間として算定可能)
- *5 合計欄は「専任」の従事期間のみ合算して記入してください。

※申込者の上司の方が申込み内容を確認後、点線で囲まれた※印へ署名・押印の上、ご提出ください。
(申込者本人による署名・捺印は無効となります。)

※ 事業所等名：

※ 所属長名： _____ 印

※ 事業所等所在地：
〒 _____

※ TEL： _____ FAX： _____

※ 連絡担当者名： _____