

(別紙 3)

FAX 送付先 : 098 - 887 - 4834  
8 月 31 日(水)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」(2 回目の更新研修を兼ねる)  
 受講申込書

※平成 28 年 7 月末日現在でご記入ください。

ふりがな			昭和・平成	
申込者氏名	生年 月日	年	月 日生	
現住所 (自宅)	〒			
緊急時連絡先 (必須)	(携帯)	—	—	
E-mail (必須)	(PC)			
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 (1 回目更新後)	年	ヶ月間 (*1)	<input type="checkbox"/> 現任 <input type="checkbox"/> 非現任 ※1 回目更新後、介護支援専門員としての実務従事期間	
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	( ) -
更新履歴	<input type="checkbox"/> 一度も更新していない <input type="checkbox"/> 再研修または実務未経験者対象の研修を修了して前回更新した <input type="checkbox"/> 専門研修課程Ⅰ・Ⅱを修了して前回更新した			

【 ※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。)

(\*1) 前回更新後に介護支援専門員として実務に就いていない場合は、本研修を受講できません。