（別紙３）

FAX 送付先：098 - 887 - 4834
平成 28 年 12 月 2 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実務研修　受講申込書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 申込日 | 平成 28 年　　月　　日　現在 |
| ふりがな | | | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　名 | | | 生年月日 | 昭和・平成<br>年　　月　　日生 |
| 現　住　所<br>（自　宅） | 〒 | | | |
| 緊急時連絡先<br>（必須） | （携帯）　　－　　－ | | | |
| 電話番号<br>（自宅） | （自宅）　　－　　－ | | | |
| E-mail | （ＰＣ） | | | |
| 基礎資格 | □介護福祉士　□社会福祉士　□保健師　□看護師　□准看護師<br>□作業療法士　□理学療法士　□言語聴覚士<br>□介護職員実務者研修　□介護職員初任者研修<br>□その他（　　） | | | |
| 勤務先 | 勤務先<br>事業種別 | □居住系（□居宅　□小規模多機能型　□グループホーム）<br>□施設系（□特養　□老健　□療養型）<br>□病院　□地域包括支援センター　□行政・市役所<br>□その他（　　） | | |
| | 職名 | | | |
| | 勤務先<br>名称 | | | |
| | 勤務先<br>所在地 | 〒 | | |
| | 勤務先<br>TEL | （　　）　　- | 勤務先<br>FAX | （　　）　　- |

【 ※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留意ください。）**