

(別紙3)

↑
申込 FAX 送信先：098-887-4834 申込締切 平成 29 年 6 月 2 日 (金) 必着 ※送信状不要

「平成29年度沖縄県主任介護支援専門員ファシリテーター養成研修」
受講申込書

ふりがな		介護支援専門員 登録番号	
氏名			
緊急連絡先 (※必須)	(携帯)	—	—
E-mail (※必須)	(PC)		
受講要件 ※該当する番号に○を記入する。	1. 主任介護支援専門員の資格を有している者 2. 法定研修等の講師 (ファシリテーターを含む) を担うことが期待できる者		
研修受講歴 ※該当する番号に○、修了年度を 記入する。	1. 主任介護支援専門員研修 平成 () 年度修了 2. 主任介護支援専門員更新研修 平成 () 年度修了 3. 平成 28 年度沖縄県介護支援専門員主任フォローアップ研修 受講修了		
所属先種別	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
所属先名称			
所属先住所	〒		
所属先 TEL	—	—	
所属先 FAX (※必須)	—	—	※受講票を FAX で送付します。必ずご記入ください。

※要項をご確認の上、受講申込書はすべて記入して下さい。

※この申込書に記入された内容は、研修修了後、法定研修等の講師 (ファシリテーターを含む) を担うことができる者として、実施主体にて名簿管理いたします。