

(別紙 3)

FAX 送付先 : 098 - 887 - 4834
9 月 15 日(金)までにお申込ください。
 ※送信状は不要です。

平成 29 年度沖縄県介護支援専門員「再研修」及び実務未経験者に対する「更新研修」
 受講申込書

申込区分 (該当区分へ☑)	
<input type="checkbox"/> 再研修	・ <input type="checkbox"/> 更新研修

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	(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	
業務状況	※該当する項目へ☑してください。 <input type="checkbox"/> (現任) 現在、介護支援専門員として実務に従事している。 <input type="checkbox"/> (非現任・未経験) 介護支援専門員として実務に従事したことが無い。 <input type="checkbox"/> (非現任・経験有) 過去に、介護支援専門員として実務に従事したことがある。					
	介護支援専門員実務経験年数 (通算) ⇒ 年 ヶ月					
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 所在地	〒				
	事業所 TEL	()	-	事業所 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。)