（別紙３）

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

			申込日	平成 29 年　　月　　日　現在
ふりがな			性別	男　・　女
氏　名			生年月日	昭和・平成 年　　月　　日生
現　住　所 （自　宅）	〒			
緊急時連絡先 （必須）	（携帯）　　－　　－			
電話番号 （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 □作業療法士　□理学療法士　□言語聴覚士 □介護職員実務者研修　□介護職員初任者研修 □その他（　　）			
勤務先	勤務先 事業種別	□居住系（□居宅　□小規模多機能型　□グループホーム） □施設系（□特養　□老健　□療養型） □病院　□地域包括支援センター　□行政・市役所 □その他（　　）		
	職名			
	勤務先 名称			
	勤務先 所在地	〒		
	勤務先 TEL	（　　）　　-	勤務先 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。）**