

(別紙3)

↑
申込 FAX 送信先：098-887-4834 申込締切 平成 29 年 12 月 15 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ォローアップ研修」
受講申込書・事前研修シート

ふりがな			
氏名		介護支援専門員 登録番号	
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 ()		
特定事業所加算	<input type="checkbox"/> 特定事業所加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 特定事業所加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 特定事業所加算Ⅲ <input type="checkbox"/> 特定事業所加算なし		
所属先名称			
所属先住所	〒		
所属先 TEL	-	-	
所属先 FAX	-	-	
<u>E-mail (※必須)</u> (受講票や資料等の通知をメールにて行います。必ずご記入ください。)	(PC)		
主任介護支援専門員研修 修了年度	平成 () 年度 修了		

◆◆◆ 事前研修シート ◆◆◆ 必ずご記入ください。◆◆◆

主任介護支援専門員として活動する中で、困難と感じる内容についてお聞かせください。
研修修了後、介護支援専門員を育成・指導するための研修等に協力できる分野について、具体的にご記入ください。 ◀ 例：ケアマネジメントの講師 等 ▶

*この申込書に記入された個人情報は、本研修以外には使用いたしません。