平成 31 年度京都府介護支援専門員専門研修・実務経験者更新研修〔課程Ⅰ〕

受講申込書

＜申込受付期間＞　平成 31 年 4 月 1 日(月)～4 月 16 日(火)必着

申込者	ふりがな	
	氏　名	※姓と名の間は 1 マス空けてください　※研修に関する書類等には**常用漢字**を使用します
	生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日
	※介護支援専門員証を確認して記入してください	
	登録地	☐ 京都府 ☐ 他都道府県(　　)　※受講地変更手続き(　月　日手続き済 ・ 未)
	登録番号(8 桁の番号)	
	証の有効期間満了日	平成　　年　　月　　日
	基礎資格	※受験時にお持ちだった資格や経験を記入してください（介護福祉士、相談援助業務　等）
	実務経験	現在の勤務先:約　　年　　ヶ月 ／ 総年数:約　　年　　ヶ月
	住　所	〒　　※決定通知書を送付しますので正確に記入してください
	連絡先 電話番号	※ 日中に申込者本人と連絡のとれる連絡先を記入してください ―　　―　　(自宅 / 携帯)
勤務先	名　称	☐勤務先なし
	所在地	〒
	TEL/FAX	－　　－　　－　　－
	勤務状況	介護支援専門員として実務に　☐従事している　☐従事していない
希望コース	講義	南部 ・ 北部　※いずれか希望の会場に〇をしてください
	講義・演習	A：第　　希望 B：第　　希望 C(北部)：第　　希望 D：第　　希望 ※希望順に数字を記入してください。 ※定員を超えた場合は、希望として数字を記入したコース以外でも、受講決定する場合があります。
確認事項	現在の介護支援専門員証の有効期間内に自身がケアマネジメントした事例を、 ☐提出できる　☐提出できない　※事例の提出ができない方は、研修を受講できません。	
備考		

※提出書類にもれがないか、開催要綱 8.申込方法(2)提出書類を再度ご確認願います。