

平成 25 年度 介護支援専門員実務従事者基礎研修 受講申込書

全ての項目に自筆で記入をお願いいたします。(ゴム印は使用しないでください)

ふりがな							
申込者氏名							
生年月日	昭和・平成		年		月		日
介護支援専門員番号							
基礎資格	※介護支援専門員の資格取得の際に必要とされた受講資格および経験を記入。						
事業所名称							
事業所〒	〒		—				
事業所所在地							
事業所 TEL	()						
事業所 FAX	()						
介護支援専門員としての実務経験年数 ※認定調査やサービス調整のみは含みません			年		ヶ月		

※勤務先のない方は、ご自宅住所、TEL、FAX をご記入願います。

●受講を希望する研修を選択してください。

合同、選択のそれぞれの第 1 希望、第 2 希望欄に ○ をつけてください。				受講希望	
				第 1 希望	第 2 希望
合同	南部	みやこめっせ	10/3, 10/4		
	北部	舞鶴勤労者福祉会館	10/21, 10/22		
選択	居宅①	ハートピア京都	11/4, 11/6, 11/7		
	居宅②	京都テルサ	12/9, 12/10, 12/11		
	施設	京都テルサ	11/21, 11/22, 11/23		
	居宅③	舞鶴勤労者福祉会館	10/25, 10/26, 10/27		

●事務局への連絡事項等該当する方は、記入してください。

備考	
----	--