

申込様式 7 (本書を送付する前に、必ずコピーして保管してください。)

平成 31 年度岩手県介護支援専門員 **再研修** 受講申込書

フリガナ氏名	(姓)	(名)	生年月日	昭和 平成	年 月 日
自宅電話番号	()		この欄に介護支援専門員証のコピーを貼付してください。		
携帯電話番号	- -				
自宅住所	〒				
登録地	<input type="checkbox"/> 岩手県 <input type="checkbox"/> () 都道府県				
登録番号※					
有効期間満了日	平成 年 月 日				
事業所勤務(しめて設置)る	事業所番号				
	名称	(法人名) (事業所・施設名)			
	所在地	〒			
	電話番号	()	FAX 番号	()	
身体障がい等のため、受講時の配慮を希望する場合、内容を具体的に記入して下さい。					
<p>本申込書に記載した事項に間違いはありませんので、介護支援専門員再研修に申し込みます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">署名 _____ 印 _____</p>					

※「介護支援専門員証」を紛失されるなど「登録番号」(8桁)が不明な方は、岩手県保健福祉部長寿社会課 (TEL:019-629-5441) に確認し記入してください。紛失した方は専門員証のコピー貼付は不要です。