

申込様式8 (本書を送付する前に、必ずコピーして保管してください。)

令和3年度岩手県介護支援専門員 **実務研修【過年度合格者】** 受講申込書

| | | | |
|---|--|-------------|-----|
| 実務研修受講試験 合格年度 | 平成・令和 年度 | 受 験 番 号 | |
| 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 | () | 携 帯 電 話 番 号 | () |
| 自 宅 住 所 | 〒 | | |
| 現在勤務している事業所(施設) | | | |
| 事 業 所 番 号 ※ない場合は未記入 | | | |
| 名 称 | (法人名) | | |
| | (事業所・施設名) | | |
| 所 在 地 | 〒 | | |
| 電 話 番 号 | () | F A X 番 号 | () |
| ◆申込理由 いずれか1つに チェック☑をお願いします | <input type="checkbox"/> 受講後、介護支援専門員として実務に就くことが決定している。 <input type="checkbox"/> 決定はしていないが、介護支援専門員として実務に就きたいと考えている。 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| ◆身体障がい等のため、受講 時の配慮を希望する場合、 内容を具体的にご記入くだ さい。 | | | |
| 本申込書に記載した事項に間違いはありませんので、介護支援専門員実務研修に申し込みます。 令和 年 月 日 | | | |

【提出先】

郵送：〒020-0015

盛岡市本町通三丁目19-1 3階 (公財)いきいき岩手支援財団 公表・研修課 実務研修担当 行

E-mail: zitsumu-1@silverz.or.jp ※件名に「令和3年度実務研修受講申込」とご記入ください。