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 | （　　　　） | FAX番号 | （　　　　） |
| ◆申込理由いずれか１つにチェック☑をお願いします | □　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。□　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。□　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。