令和３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 | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | 昭和  平成 | 年　　月　　日 |
| (姓) | | | | | | | | | | | | | (名) | | | | | | | |
| 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 | | □岩手県　□(　　　　 　都道府県） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録番号　※1 | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |
| 有効期間満了日※2 | | 令和・平成　 　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在勤務している  事業所（施設） | 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 | | | （　　　　） | | |
| ●申込理由（受講申込の理由について、あてはまるものに☑または（ ）内に記入してください） | | | | | | | | | | | | | | □　1年以内に介護支援専門員として実務を行う予定がある  ↪( )月から　 事業所・施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　介護支援専門員としての実務は行わないが、業務上、有効な証が必要となる  ↪職種・業務内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　具体的な予定はないが、1年以内に介護支援専門員として実務を行う可能性がある  □　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、内容を具体的に記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 本申込書に記載した事項に間違いはありませんので、介護支援専門員再研修に申し込みます。  令和　　 年　　 月　　 日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名（自署） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※1　「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。

※2　登録のみ行っていて、介護支援専門員証の交付を受けていない方は記入不要です。