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。