

## 岩手県介護支援専門員研修に係る受講履歴確認申込書

年 月 日

公益財団法人いきいき岩手支援財団事務局長 様

受講履歴の確認を依頼します。

介護支援専門員 登録番号	
フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和 平成 年 月 日生

◆ 証明書類の発行を希望しますか。いずれかにチェックをお願いします。

しない

※ 法定研修申込時に、修了証明書の代わりとして使用する場合は、こちらにチェックをお願いします。この書類の提出をもって、修了証明書の写しに代えます。

する

※ 下記を記入のうえ、84円切手を貼った返信用封筒（住所、氏名を記入のこと）を同封し、ご提出ください。

住所	〒
電話番号	

◆ 提出先

〒020-0015 盛岡市本町通3-19-1 3階  
(公財) いきいき岩手支援財団 研修課