**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