

申込様式8 (提出前にコピーをとり、お手元に保管ください。)

令和4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

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。

記入日 令和4年 月 日

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			生年月日	昭和 平成	年 月 日										
自宅住所	〒														
自宅電話番号	()		携帯電話番号	()											
eラーニング登録 用メールアドレス	※ 正確に、読みやすい文字でお書きください。														
勤 務 先	事業所番号														※ 番号がない場合は空欄
	法人名														
	事業所名														
	住所	〒													
	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☑及び()内に記入してください。											<input type="checkbox"/> 1 年以内に介護支援専門員として従事することが決定している ↳()月から 事業所名() <input type="checkbox"/> 2 配置転換等で、1年以内に介護支援専門員として従事する可能性がある <input type="checkbox"/> 3 介護支援専門員の実務は行わないが、業務上、資格が必要となる ↳職種・業務内容() <input type="checkbox"/> 4 機会があれば介護支援専門員として就業したい <input type="checkbox"/> 5 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ください。															

【提出先】 郵送またはメールでご提出ください。

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 研修課 実務研修担当 行

E-mail: kenshu@silverz.or.jp

※メールの場合は、件名に「令和4年度実務研修受講申込」とご入力ください。