

申込様式7 (提出前にコピーをとり、お手元に保管ください。)

令和5年度岩手県介護支援専門員 **再研修** 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、介護支援専門員再研修に申し込みます。

記入日 令和5年 月 日

フリガナ氏名								生年月日		昭和 平成		年 月 日		
介護支援専門員 登録番号※1										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。 ※ 証の交付を受けていない方、紛失した方は貼付不要です。				
証の交付	☐ 受けている 有効期間満了日 令和・平成 年 月 日													
	☐ 受けていない 登録日 令和・平成 年 月 日													
登録地		☐ 岩手県 ☐ (都道府県)												
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	()												
【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。		☐1 1年以内に介護支援専門員として従事することが決まっている ↳()月から 事業所名() ☐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 ☐3 介護支援専門員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() ☐4 機会があれば就業したい ☐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下さい。														

※1 「介護支援専門員証」を紛失されるなど「登録番号」(8桁)が分からない方は、岩手県保健福祉部長寿社会課 (TEL : 019-629-5435) に確認しご記入ください。

※2 虚偽の記載があった場合には、受講決定や修了認定を取り消すことがあります。