

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5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5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	※ 合格通知の写しを添付願います。 <input type="checkbox"/> 紛失した ←該当者はチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。		
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	介護保険 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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](mailto:kenshu@silverz.or.jp)

※メールの場合は、件名に「令和5年度実務研修受講申込」とご入力ください。