

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6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6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	<input type="checkbox"/> 受けている 有効期間満了日 令和・平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受けていない 登録日 令和・平成 年 月 日				
登録地	<input type="checkbox"/> 岩手県 <input type="checkbox"/> (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。		<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まっている ↳()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、有効な証が必要となる ↳職種・業務内容() <input type="checkbox"/> 4 機会があれば就業したい <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は内容を具体的にご記入ください。					

※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。