

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7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7年 月 日

フリガナ						生年月日		昭和 平成		年 月 日			
氏名													
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。 ※ 専門員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 資格保持のため ☐ 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。