平成２３年度埼玉県介護支援専門員再研修　受講申込書

事務局使用欄
再

埼玉県社会福祉協議会　研修開発部長　あて

平成　　年　　月　　日

以下のとおり再研修の受講を申し込みます。

申込者	ﾌﾘｶﾞﾅ			生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日					
	氏名	(姓)	(名)							
	介護支援専門員登録番号									
	Tel	自　宅　　(　　) 携帯電話　　(　　) 勤 務 先　　(　　) ※電話番号等は、日中確実に連絡のとれる番号をご記入ください。								
	自宅住所	〒								
	希望研修期間	□『平成２４年１月から３月』　□『平成２４年４月から６月』 ※どちらかを選択し、□欄にチェックしてください。								

再研修の一部の課目を受講済みの方は、受講年度、受講済みの課目をご記入ください。

◆『平成２４年<u>１月から３月</u>』を選択した方のみ以下の欄に<u>日程①～⑥の番号</u>をご記入ください。

希望日程	第４・５日	第１希望	＿＿＿ 日程	第２希望	＿＿＿ 日程	第３希望	＿＿＿ 日程
	第６・７日	第１希望	＿＿＿ 日程	第２希望	＿＿＿ 日程	第３希望	＿＿＿ 日程

◆グループ演習実施時のグループ分けを行うための情報として、番号を右枠内にご記入ください。

介護支援専門員試験を受験した際の資格条件（基礎資格）	**1**医師 **2**歯科医師 **3**薬剤師 **4**保健師 **5**助産師 **6**看護師 **7**准看護師 **8**理学療法士 **9**作業療法士 **10**社会福祉士 **11**介護福祉士 **12**視能訓練士 **13**義肢装具士 **14**歯科衛生士 **15**言語聴覚士 **16**あん摩マッサージ指圧師 **17**はり師、きゅう師 **18**柔道整復師 **19**栄養士（管理栄養士含む） **20**精神保健福祉士 **21**その他相談職 **22**その他介護職	番号

◆研修受講にあたり、特別な配慮(手話通訳等)が必要な方は以下にご記入ください。

※受講申込の記載事項は、埼玉県介護支援専門員再研修受講者名簿及び修了証明書発行業務、埼玉県への修了者名簿の提出以外の目的に使用することはありません。

私は、介護支援専門員証の有効期間が<u>平成　　年　　月　　日</u>に満了した（する）ため、新たに介護支援専門員証の交付を受けるために、本研修を申込みます。

また、本申込書に記載した事項に誤りはございません。

<u>平成　　年　　月　　日</u>　　<u>署名　　印</u>