

申込先 FAX : 048-822-1449 締切 : 8月6日 (火) 17:00

令和元年度ケアマネ大学 (中堅者コース)
受講申込書

埼玉県社会福祉協議会 研修開発部長 あて

令和元年 月 日

以下のとおり研修の受講を申し込みます。

申込者	フリガナ				
	氏名	(姓)	(名)		
	介護支援専門員としての経験年数	5~10年	10~15年	15年以上	
	Tel	事業所 ()	携帯電話 ()		
	事業所名				
	現就業先の事業所形態 (いずれかに○印)	施設	居宅	地域包括	その他 ()
	介護支援専門員試験を受験した際の基礎資格 (いずれかに○印)	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、きゆう師 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			

研修受講にあたり、特別な配慮(手話通訳等)が必要な方は下記欄にご記入ください。

申込みにあたって

受講決定通知等を送る際に使用いたしますので、下記の点線の枠内に住所・事業所名・受講希望者名を必ずご記入ください。

※受講申込の記載事項は、本研修出席等の情報管理を行なうこと以外の目的に使用することはありません。

※FAX到達確認のお電話は不要です。ただし、不達の場合は研修受講ができませんので、FAX機が送信エラーになっていないか必ずご確認ください。

※本会のFAX番号と酷似した個人宅のFAX番号への誤送信トラブルが頻発しています。

FAX送信の際は、必ず番号をお確かめの上、ご送付いただきますようお願いいたします。

受講決定等を郵送する際に切り取って封筒に貼り送付いたしますので、送付先の住所・団体名・担当者名をご記入ください。

(郵便番号 〒 -)

(住所)

(事業所名・受講希望者名)

受付番号

様