

介護支援専門員実務研修 受講申込書

年 月 日

介護支援専門員実務研修の受講を申し込みます。

ふりがな			
氏名			
生年月日	年(西暦)	年	月 日
住所	(〒 -)		
合格年度	年度	受験番号	
電話番号	(※日中連絡の取れるものを記載してください。)		
	(職場: ・ 自宅 ・ 携帯)		
希望コース ○で囲んでください	A: 平日草津会場コース B: 平日草津オンデマンドコース C: 平日彦根オンデマンドコース D: 休日コース		
業務経験および資格 ○で囲んでください	演習のグループ分けを行う際の参考にします。 ・医療系の業務経験や資格を有する。 ・福祉系の業務経験や資格を有する。 ・両方の業務経験や資格を有する		
介護支援専門員としての就業予定 ○で囲んでください	・有[事業所名(施設名):] [市町村名:] ・無		

〔事業所実習関連〕 実習先を決定する際の参考とするため以下をご回答ください。実習先は研修実施機関である滋賀県社会福祉協議会が調整します。(原則、届出住所の圏域(大津、南部、甲賀、東近江、湖東、湖北、高島)で調整します。実習先・日程は研修初日にお知らせする予定です。))

現在の就業先 ○で囲んでください	・有[事業所名(施設名):] [市町村名:] ・無
移動手段(複数回答可) ○で囲んでください	徒歩のみ ・ 自動車 ・ バイク ・ 自転車 公共交通機関()

<添付書類>

・合格通知の写し

・(受験時から氏名または住所に変更があった場合)受験申込書記載事項変更届

・(受験時から氏名に変更があった場合)戸籍抄本

(あて先)〒520-8577 大津市京町 4-1-1

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 介護・福祉人材確保係