

平成28年度群馬県介護支援専門員実務未経験者更新研修 受講申込書

受付番号

(↑こちらには記入しないで下さい)

*こちらの枠内に介護支援専門員証を添えてコピーしてください。

*受講申込書はコピーをしたものを提出して、原本は手元に保管してください。

平成28年度実務未経験者対象更新研修を受講したいので申し込みます。

ふりがな 氏名						生年月日	昭和	平成		
							年	月	日	(才)
介護支援 専門員 番号										8桁です。
有効期間 満了日	平成 年 月 日 (写真付の介護支援専門員証でご確認ください。)									
住所	〒 - (必ず、ご記入ください。)									
電話番号	<p>*日中連絡がとれる番号をお願いします。(携帯電話や職場等)</p> <p style="text-align: center;">- -</p> <p>*職場の場合は、職場名をご記入ください。</p> <p>職場名：</p>									

※上記に漏れなくご記入の上、9月1日(木)～9月30日(金)〔消印有効〕の期間中に郵送にてお申込みください。

<申し込み・問い合わせ先>

〒371-8525 前橋市新前橋町13-12
群馬県社会福祉協議会 福祉人材課
「介護支援専門員 未経験者更新研修」担当者 あて

電話：027-255-6035 福祉人材課 介護支援専門員研修担当

(受付時間 9:00～12:00・13:00～17:00)