

平成 29 年度  
群馬県介護支援専門員  
**再研修 《受講申込書》**

社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会 御中  
平成 29 年度 介護支援専門員再研修を申し  
ます。

※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。紛失等で手元がない場合  
は不要です。理由( )  
※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。

受講番号		基礎資格	
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	S・H 年 月 日生
自宅住所	〒 ー (必ずご記入ください。)		
TEL	〈自 宅〉		
	〈勤 務 先〉		
	〈携帯電話〉		
介護支援専門員番号 (8ケタ) ※写真付きの介護支援専門員証で確認してください。			
		有効期間満了日	年 月 日
現在の 勤務先	ふりがな		
	事業所名		
	住 所	〒 ー (必ずご記入ください。)	
	職 種		
1月10日(水)の認定調査員研修の受講を希望する場合は右に○印を記入ください。			
1/29または1/30の 講義を、ご希望される場合 は、「アセスメントツール」を 1つ選び、○印を記入して ください。	1/29	1/30	①インターライ方式
	1/29	1/30	②三団体ケアプラン策定研究会方式
	1/29	1/30	③日本社会福祉士会方式
	1/29	1/30	④日本訪問看護振興財団方式
	1/29	1/30	⑤全国社会福祉協議会方式

- ※ 電話番号は、日中連絡の取れる番号をご記入ください。
- ※ 現在、勤務していない方は勤務先の名称欄に「勤務なし」とご記入ください。
- ※ 必ず本申込書を保管し、コピーしたものを提出してください。
- ※ アセスメントツールの種別は、希望者数により調整をお願いする場合がありますので、あらかじめご了承ください。受入れが可能な場合は、特にご連絡はいたしません。
- ※ 締め切り 平成29年11月30日(木)  
※締切日までに受講料の入金がなければ受講できません。