**平成２９年度 群馬県介護支援専門員未経験者更新研修**

**一次受講申込書**

|  |
| --- |
| **受付番号** |
|  |

|  |
| --- |
| **※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２９年度　介護支援専門員更新（実務未経験者対象）研修の一次申込をします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | （ふりがな）　　　　　　 | 性別 | 生年月日 | 年　 月 　日（　　才） |
| 住　所 | 〒 －  |
| 電話番号 |  | 携帯番号 |  |
| 介護支援専門員番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　　　有効期限　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 現在の　　勤務先 | 名　称 |  |
| 住　所 |   |
| 電　話 |  |
| 職　種 |  |

※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。

※必ず本申込書の原本を保管してください。