

平成 29 年度
群馬県介護支援専門員
更新研修(実務未経験者対象)
《 受講申込書 》

※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。

社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会 御中

平成 29 年度 介護支援専門員更新研修を
申込します。

★この研修を全日程修了し、**有効期間満了日前**に更新手続きをしなければ介護支援専門員証
の更新は行えません。

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、該当する期日の部 分に○印を記入ください。	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 1 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。