

令和元年度
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
令和元年度 介護支援専門員再研修を申しませす。

※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したものを提出し、
原本は手元に保管してください。

受講番号	※事務局記入欄（記入不要）	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9日（木）の認定調査員研修の受講を希望する場合は、右に○印を記入してください。 【希望制受講科目のため、受講を希望しない場合は未記入】			
1月21日（火）の受講を希望する場合は、「アセスメントツール」を1つ選び、該当する期日の部分に○印を記入してください。 【希望制受講科目のため、受講を希望しない場合は未記入】		① インターライ方式	
		② 全国社会福祉協議会方式	
		③ 三団体ケアプラン策定研究会方式	
		④ 日本社会福祉士会方式	
		⑤ 日本訪問看護振興財団方式	

- ※ 電話番号は、日中連絡の取れる番号を記入してください。
- ※ 現在、勤務していない方は勤務先の名称欄に「勤務なし」と記入してください。
- ※ 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 令和元年10月31日（木）