**令和５年度 群馬県介護支援専門員　再研修　《受講申込書》**

介護支援専門員 再研修を申込みします。　　　　　　　 記入日　　令和５年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局記入欄 | ※事務局記入欄（記入不要） | | |  | | | | | | |
| ふりがな |  | | | 性　別 | | 男 　・ 　女 | | | | |
| 氏名 |  | | | 生年月日 | | S・H　　 年 　　月 　　日生 | | | | |
| 自宅住所 | 〒　　　－　　　　（必ずご記入ください。） | | | | | | | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ**@** | ※事務連絡をする場合があります、日中確認のしやすいアドレスを指定してください。 | | | | | | | | | |
| 連 絡 先☎ | 〈自宅〉 | | | | 〈勤務先〉 | | | | | |
| 〈携帯電話〉 | | | | | | | | | |
| 登録都道府県 (いずれかに ☑・〇をする ) | □群馬県 □ 他都道府県 他県の方→登録県（　　　　県）  （受講地・登録地）の変更を  （申請中・申請未）です。 | | 介護支援専門員証の登録番号　（8ケタ） | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有効期間満了日　　　　　 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| 現在の  勤務先  ※就業のない場合の記入は  「勤務なし」 | ふりがな |  | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒　　　－　　　　　（必ずご記入ください。） | | | | | | | | |
| 職　　種 | 例）管理者、生活相談員（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 基礎資格 | 例）介護福祉士・看護師（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 【専門員証がない方】　該当の方は〇か記入をしてください。  　理由　（　紛失　・　交付をしていない　・　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |

※ 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。

|  |
| --- |
| 【締切り】　申込は以下**１、２の両方を行ってください。（フォームだけでは受付の終了になりません）**   1. **Web受付（フォーム受付）　締切り：11月10日（金）**までに送信 2. **郵送締切り：11月10日（金）**当日消印有効　　**郵送するもの：① この申込書**   **② 専門員証の写し**（Ａ4用紙にコピーする）　※【専門員証がない方】登録時の通知文「介護支援専門員の登録について（通知）」（群馬県）がお手元にありましたらその写しを添付。（登録年月日、登録番号等の記載のある通知文） |

群馬県社会福祉協議会　福祉人材課