令和７年度 群馬県主任介護支援専門員更新研修受講申込書

様 式 １

令和7年度群馬県主任介護支援専門員更新研修について、研修案内の内容を承知した上で、下記のとおり申し込みます。

１　受講希望者について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　受 講 希 望 者 本 人 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 昭和平成　　　 年　　　　 月　　　　日 |
| 氏　名 | 　 |
| 住　所(自宅) | 〒 　-　 | 自宅電話 | * -
 |
| 携帯電話 | * -
 |
| 主任介護支援専門員研修　修了年月日　※1 | 　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日 |
| 　　　 | 主任介護支援専門員 **更新**研修 修了年月日 ※1 | 　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日 |
|  勤 務 先 | 事業所名 | 　　 |
| 所在地 | 〒 -　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | * -
 | 会社携帯　※2　 |  |

※1、修了年月日が不明な場合は、修了年度のみでも可。

※2、会社携帯がある方は記入してください

２　介護支援専門員証の添付

介護支援専門員証(写し)を枠内に貼付してください

個人情報について：受講申込書および添付書類の記載事項は、群馬県主任介護支援専門員更新研修の運営、受講資格確認、名簿登録、修了証明書発行業務以外の目的に使用いたしません。