

平成28年度熊本県介護支援専門員更新研修（実務未経験者）

受講申込書

登録番号	※43で始まる8ケタの番号です (熊本県以外の登録者は番号が異なります)		介護支援専門員証有効期間			
			平成 年 月 日			
ふりがな			生年月日	性別 ※どちらかに○を		
氏名			T・S・H 年 月 日	1.男 2.女		
現住所	〒					
自宅の電話番号			昼間の連絡先 (必ず連絡がつくところ)			
介護支援専門員 以外の保有資格 に○を付けてく ださい	ア 医師	イ 歯科医師	ウ 薬剤師	エ 保健師	オ 看護師	カ 准看護師
	キ 理学療法士	ク 作業療法士	ケ 栄養士(管理栄養士)	コ 社会福祉士		
	サ 介護福祉士	シ 精神保健福祉士	ス 資格なし	セ その他 ()		

※現在の職種に○を付けてください

受講希望選択 ※下記のいずれかを選択します

グループ①	グループ②

締め切り 平成28年10月21日(金)
※期限厳守でお願いします。

※各会場には定員があり、先着順とします。必ずしも御希望の日程にならない場合がありますので、あらかじめ御了承ください。
※身体の障がい等により受講に際して配慮が必要な場合は、事前に御相談ください

【申込先】熊本県介護支援専門員協会事務局
〒862-0913
住 所 熊本市東区尾ノ上1-22-31-302
TEL 096-288-6553 (担当：福山)

振込書等の写し(コピー)
貼り付け欄

【注意】
○振込書等の写し(コピー)が貼り付けられていない場合は、申し込みの受付ができません。

※必ず郵送でお申し込みください。