

平成28年度熊本県介護支援専門員再研修（54時間） 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 <small>(必ず連絡がつくところ)</small>	
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。