

平成29年度熊本県介護支援専門員更新研修 (実務経験者・2回目以降) 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	更新回数
ふりがな		平成 年 月 日	_____ 回目の更新
氏名	(印)	T・S・H 年 月 日	性別 ※どちらかに○を 1.男 2.女
現住所	〒		
連絡先(携帯)	※緊急連絡の際必要ですので必ずご記入ください		
就労状況 (該当番号に○)	1 現在、介護支援専門員の業務に就いている	2 現在は、介護支援専門員の業務に就いていないが、就いていたことがある (就業期間：H 年 月 日～H 年 月 日) ※更新後の業務期間を記入してください。	
①介護支援専門員としての現在又は直近の勤務先	勤務先名		
	住所	〒	
	電話番号	() -	
②これまでに介護支援専門員として従事した通算の年数		年 月 (①を含む)	
●介護支援専門員証貼付欄 ※コピーしたものを原寸大に切り取って貼付ください			

締切 平成29年5月31日(水) 必着

※必ず郵送でお申し込みください。

【申込先】 熊本県介護支援専門員協会事務局
〒862-8799 熊本東郵便局 私書箱第10号

熊本県介護支援専門員協会

私は、介護支援専門員として〔 **実務に従事している** ・ **実務に従事した経験がある** 〕ことを誓約し、更新研修(実務経験者・2回目以降)を申し込みます。※〔 〕内のいずれかに○をつけてください。上記のことに相違はありません。

平成 年 月 日

氏名

(印)