

# 令和2年度 介護支援専門員【再研修】受講申込書

証の有効期間が満了した方、または登録後5年が経過した方で証の交付を受けようとする方対象の、再研修申込書です。

令和 2 年 月 日

申込者	フリガナ											
	氏名											
	介護支援専門員証	登録番号										
		登録地										
		有効期間満了日	年 月 日									
	住所	(〒 - )										
	電話番号	(自宅)	-				-					
(携帯電話)		-				-						
FAX番号		-				-						
勤務地	名称											
	電話番号	-				-						
	FAX番号	-				-						
日中、連絡が連絡が取れやすい連絡先に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします												
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先												
テキスト購入 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします)												
七訂	介護支援専門員実務研修テキスト	<input type="checkbox"/>	購入します	<input type="checkbox"/>	購入しません							
六訂	居宅サービス計画書 作成の手引	<input type="checkbox"/>	購入します	<input type="checkbox"/>	購入しません							
介護支援専門員としての実務従事予定について、いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします												
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員として実務に就くことが決まっている ( 年 月就業)												
<input type="checkbox"/> 配置転換等で従事する可能性がある ( 年 月頃)												
<input type="checkbox"/> その他 ( )												

※ 実務研修修了後、証の交付を受けてない方は、有効期間満了日の記載は不要です。

※ 登録番号がわからない方は、滋賀県健康医療福祉部 医療福祉推進課にご確認ください。

## 【申込書提出・問い合わせ先】

〒525-0072 草津市笠山七丁目8-138 滋賀県立長寿社会福祉センター内  
 社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会  
 滋賀県社会福祉研修センター

(担当)山田・竹末・安原

TEL 077-567-3927 / FAX 077-567-3910