

(別紙)

京都府介護支援専門員再研修申込書

受講を希望する日程	1 講義研修 第1希望 () コース 第2希望 () コース * () 内には南部・北部のいずれかを記入してください。		
	2 演習研修 必ず第2希望までご記入ください 第2希望が空欄の場合は、こちらでコースを調整する場合があります。原則、受講決定後のコース変更はできません。 第1希望 () コース 第2希望 () コース * () 内には南部1～3・北部のいずれかを記入してください。		
(フリガナ) 氏名 (生年月日)	(明・大・昭 年 月 日)	登録 番号	
自宅住所 (電話) (FAX)	〒	TEL FAX	
勤務先名称			
勤務先住所 (電話) (FAX)	〒	TEL FAX	
文書送付先	自宅・勤務先 (いずれかに○)		
日中連絡のとれる電話番号 (いずれかに○) ※	自宅 勤務先 携帯	-	-
備考			

※ 日中連絡のとれる電話番号について

申込み記載内容の確認等、事務の都合で連絡する必要があることがあります。平日昼間に連絡のとれる電話番号先を自宅、勤務先、携帯電話のいずれかに○を願います。携帯電話の場合は、番号を記入してください。

申込期限：5月29日（金）郵送必着