

## 平成21年度 介護支援専門員実務従事者基礎研修受講申込書

介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書の写しを貼付するか同封してください。(用紙不足の場合、コピー可)

|                            |  |                       |          |
|----------------------------|--|-----------------------|----------|
| ①事業所(施設)名                  |  | ②事業所番号                | 26       |
| ③事業所所在地                    | 〒  |                       |          |
| ④サービス種類                    | ア. 居宅系                      イ. 施設系                      (いずれかに○をつけてください) |                       |          |
| ⑤受講者氏名                     |  | ⑥ふりがな                 |          |
| ⑦受講者生年月日                   | 年 月 日  | ⑧介護支援専門員<br>受験の際の基礎資格 | (例: 看護師) |
| ⑨介護支援専門員<br>登録番号(8桁)       |  | ⑩介護支援専門員と<br>しての業務開始日 | 年 月 日    |
| ⑪連絡担当者氏名                   |  |                       |          |
| ⑫連絡先電話番号・<br>FAX番号         | TEL                      /                      FAX                      |                       |          |
| ⑬申込者備考欄<br>(身体障害等による特別配慮等) |  |                       |          |

※ 本研修は介護支援専門員としての業務の経験年数がおおよそ1年未満の方を対象としています。

|   |    |  |    |  |
|---|----|--|----|--|
| ⑭希望研修会場(いずれかに○をつけてください)<br>なお、南部、北部にまたがって受講することは出来ません | 南部 |  | 北部 |  |
|---|----|--|----|--|

※ ここからは⑭欄の南部会場に○を記入された方のみご記入ください。(必ず第1希望、第2希望ともにご記入ください)

|   | 班名 | 日 程  | 必ず第1希望、第2希望ともに○をつけてください。 |      |
|---|----|--|--------------------------|------|
|   |    |  | 第1希望                     | 第2希望 |
| ⑮3~5日目の演習<br>【班を選択してください】<br>※但し、定員の関係でご希望<br>に添えない場合があります) | A班 | 9/29(火) 10/4(日) 10/10(土)<br>京都テルサ東館2階中会議室  |                          |      |
|   | B班 | 10/6(火) 10/14(水) 10/20(火)<br>ハートピア京都3階大会議室 |                          |      |
|   | C班 | 10/9(金) 10/19(月) 10/28(水)<br>ハートピア京都3階大会議室 |                          |      |

※ 6日目は地域別交流を予定しており、申込状況により実施団体にて、グループ決定させていただきます。従いまして、申込者によるグループ指定は出来ませんので、ご了承ください。

※ 申込は、郵便によるものとし、6月19日(金)必着とします。ただし、定員超過の場合は、抽選にて受講者を決定させていただきます。

**介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書(写)貼付欄**