

平成30年度 兵庫県相談支援を“つなぐ”研修 受講申込書 (申込書)

申込日：平成31年 月 日

フリガナ			性別
受講希望者氏名 (楷書で記入)	姓	名	男 ・ 女
勤務先法人・ 事業所名称	法人名	勤務先 電話番号	
	事業所名	日中連絡でき る電話番号	
勤務先住所	〒		

上記事業所のサービス種別

保有資格 ※いずれかに○をつけ、該当の矢印に進んでご記入ください

相談支援専門員	介護支援専門員
地域包括支援センター職員	
市町職員	
その他(職種：)	

介護支援専門員登録番号を記入してください

--	--	--	--	--	--	--	--

研修受講証明書の発行	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
	※どちらかにチェックをお願いします。チェックがない場合は、希望しないものとして取り扱います。研修当日、研修終了後のお申出では発行いたしません。	

受講希望日程 (希望回を○で囲んでください)	第1回 (但馬長寿の郷) 平成31年 2月14日 (木) 受付12:00~	第2回 (総合リハビリテーションセンター) 平成31年 3月11日 (月) 受付12:00~
	第3回 (加古川総合福祉会館) 平成31年 3月12日 (火) 受付12:00~	第4回 (尼崎市総合文化センター) 平成31年 3月19日 (火) 受付12:00~

通算実務経験 ※約〇〇年で構いません

相談支援専門員	【 】年	介護支援専門員	【 】年
地域包括支援センター	【 】年	市町職員	【 】年
その他【職種： / 】	【 】年		

研修受講にあたって、配慮すべき事項がある場合、該当する欄に○印を記入してください。

手話通訳 ()	要約筆記 ()	車椅子用席 ()	介助者同行 ()
その他 (具体的に記載)			

お申し込み方法は、要項に記載している宛先へ郵送か、FAX をお願いいたします