

三重県医療保健部長寿介護課 あて

FAX 059-224-2919

TEL 059-224-2262

※FAXで申し込まれる場合は、送信後に、必ず電話により到達確認を行ってください。

## 『平成30年度 三重県介護支援専門員再研修』受講申込書

|                         |   |      |    |      |
|-------------------------|---|------|----|------|
| ふりがな<br>氏名              |   |      | 性別 | 男・女  |
| 生年月日                    | 昭和  | 年    | 月  | 日    |
|                         | 平成  |      |    |      |
| 連絡先                     | (郵便番号) 〒 -<br>(ご自宅住所)<br><br>(日中連絡がとれる電話番号) - -                   |      |    |      |
| 勤務先                     | (勤務先名)<br><br>(現在の職種)<br><br>(郵便番号) 〒 -<br>(住所)<br><br>(電話番号) - - |      |    |      |
| 希望コース<br>(希望優先順位1～6を記入) |   | Aコース |    | Bコース |
|                         |   | Cコース |    | Dコース |
|                         |   | Eコース |    | Fコース |
|                         | ※参加が可能なコースすべてに希望優先順位をつけてください。<br>参加ができないコースには、番号を記入しないでください。      |      |    |      |
| 介護支援専門員登録番号             | ※通常は「24」から始まる8桁の番号。例：24000001 など                                  |      |    |      |
| 資格取得時の基礎職種(介護福祉士、看護師等)  |   |      |    |      |

## 【注意事項】

- ① 記入漏れのないようにご記入ください。
- ② 申込期限は、平成30年 7月 9日(月) 17時までです(締切日必着)。