

申込締切:平成 29 年 8 月 10 日(木)16 時

(注)FAX 送信後は必ず事務局に電話で送受信をしてください。

今一度番号をお確かめのうえ、お間違えのないよう、ご注意ください。

|           |   |   |
|-----------|---|---|
| TEL 確認日時: | 月 | 日 |
|           | 時 | 分 |

FAX:045-313-0737 TEL:045-311-8731

## 平成29年度 介護支援専門員資質向上研修

# 相談援助技術編(8月31日開催)

### ◆申込受講者情報

申込日平成 年 月 日

|                                                                           |                                                                          |                 |   |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|---|
| フリガナ                                                                      |                                                                          | 介護支援専門員<br>登録番号 |   |
| 受講者氏名                                                                     |                                                                          | ケアマネ<br>経験年数    | 年 |
| 勤務先名称                                                                     |                                                                          |                 |   |
| 受講可否通知<br>送付希望住所                                                          | 〒 (自宅・勤務先 ←どちらかに○をつけてください)                                               |                 |   |
| 日中連絡先                                                                     | TEL :                                                                    | FAX :           |   |
| ケアマネ取得<br>の基礎資格<br>(複数回答可)                                                | 1 介護系 (介護福祉士、ヘルパ-2級等)<br>2 相談系 (社会福祉士、精神保健福祉士等)<br>3 医療系 (医師、看護師、OT、PT等) |                 |   |
| 受講希望理由<br>(普段、相談<br>業務で困って<br>いること、こ<br>の研修を通じ<br>て身につけたいこと等をご<br>記入ください) |                                                                          |                 |   |

### 事務局記入欄

| 入力日 | 受講可否 | 備考 1 | 備考 2 |
|-----|------|------|------|
|     |      |      |      |