

申込締切:平成 30 年11月 20 日(火)15 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30年度 介護支援専門員資質向上研修

相談援助技術応用編(12月20日開催)

◆申込受講者情報

申込日平成 年 月 日

フリガナ	
受講者氏名	
勤務先名称	
受講可否通知 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 の基礎資格 (複数回答可)	1 介護系 (介護福祉士、ヘルパ - 2 級等) 2 相談系 (社会福祉士、精神保健福祉士等) 3 医療系 (医師、看護師、OT、PT等)
ケアマネ 経験年数	年 カ月
受講希望理由 ※必須	

事務局記入欄

入力日	受講可否	備考 1	備考 2