令和　年　　月　　日

令和元年度　施設ケアマネジメント研修
受　講　申　込　書

兵庫県社会福祉協議会
　　福祉人材研修センター所長　様

施設名
施設長＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり申込みます。

フリガナ		性別	生年月日
氏　名		男　・　女	昭和 平成　　年　　月　　日
介護支援専門員証番号		介護支援専門員実務経験年数【通算】	
兼務業務（主な業務）		年　　ヶ月	
介護支援専門員 以外の資格取得状況	１．社会福祉士　２．介護福祉士　３．精神保健福祉士　４．看護師・准看護師 ５．保健師　６．理学療法士　７．作業療法士　８．社会福祉主事 ９．ホームヘルパー　10．その他（　　）　11．特になし		
介護保険事業者番号			
フリガナ			
施設名			
所属施設 種　別	１．介護老人福祉施設　２．介護老人保健施設　３.介護療養型医療施設/介護医療院 ４．特定施設入居者生活介護　５．認知症対応型共同生活介護 ６．その他（　　）		
勤務先 住　所	〒		
	ＴＥＬ：　　ＦＡＸ：		
希望コース （第２希望までご記入ください）	第１希望	第２希望	施設ケアマネジメント研修テキストの購入の有無	購入済　・　未購入

Aコース：令和２年３月10日（火）・11日（水）
Bコース：令和２年３月16日（月）・17日（火）

FAX申込不可

<<記入時の注意事項>>
＊本会から確認する場合がありますので、申込書類のコピーを手元に残してください。
＊２名以上お申込みの場合は、申込書をコピーいただき、１人につき１枚ご記入ください。
＊介護支援専門員実務経験年数欄は、「ケアプラン作成」に従事した実務年数をご記入ください。
＊介護支援専門員証番号は、特に間違いがないよう、正確に記載してください。
＊昨年度受講され、テキスト持参が可能な方のみ購入済に〇をしてください。

申込み締切：令和２年１月２４日（金）消印有効