

福祉人材研修センター 研修推進部 行 FAX：078-367-4522

必要事項を全て記入の上、上記へFAXでご返信ください。11月8日（金）消印有効

なお、FAX返信が困難な方は郵送でご返送ください。いずれの場合も不着等の可能性があるため、お送りいただいた後にお電話で到着確認を行ってください。

## 第27回兵庫県介護支援専門員実務研修申込書

|       |             |
|-------|-------------|
| フリガナ  |             |
| 氏名    |             |
| 生年月日  | 昭和・平成 年 月 日 |
| 性別    | 男・女         |
| 自宅住所  | 〒 -         |
| 連絡先   | TEL： FAX：   |
| 昼間連絡先 |             |
| 合格回   | 第 回         |
| 受験番号  |             |
| 備考欄   |             |

※合格時と氏名が異なる場合は、運転免許証等の写を添付してください。

※兵庫県以外で合格された方は、別途受講地変更の手続きが必要です。まずは、合格した都道府県庁の担当課にお問合せください。

※受講日のお知らせ等は、合格発表日（11月25日）以降、ご自宅に郵送します。

### 【送付・問合せ先】

研修推進部

〒650-0004 神戸市中央区中山手通 7-28-33

TEL 078-367-5211(平日9:00~17:00)

FAX 078-367-4522