【提出期限:11/25(月)12 時必着】　R6 合格者(他都道府県)用

介護支援専門員実務研修 受講申込書

年　月　日

介護支援専門員実務研修の受講を申し込みます。

ふりがな			
氏名			
生年月日	年(西暦　　年)　月　日		
住所	(〒　　)		
合格年度	年度	受験番号	
受験地の都道府県	都道府県		
受講地変更の手続確認	(※試験受験地以外で実務研修を受講する場合、受講地変更手続が必要です。) 受講地変更の手続をした ・ していない		
電話番号	※日中連絡の取れるものを記載してください。 (職場:　　・ 自宅 ・ 携帯)		
希望コース ○で囲んでください	A:平日草津コース B:平日草津オンデマンドコース C:平日彦根オンデマンドコース D:休日コース		
介護支援専門員としての就業予定 ○で囲んでください	・有[事業所名(施設名):　　] [市町村名:　　] ・無		

[事業所実習関連]　実習先を決定する際の参考とするため以下をご回答ください。実習先は研修実施機関である滋賀県社会福祉協議会が調整します。(原則、届出住所の圏域(大津、南部、甲賀、東近江、湖東、湖北、高島)で調整します。実習先・日程は研修初日にお知らせする予定です。)

現在の就業先 ○で囲んでください	・有[事業所名(施設名):　　] [市町村名:　　] ・無
移動手段(複数回答可) ○で囲んでください	徒歩のみ ・ 自動車 ・ バイク ・ 自転車 公共交通機関(　　)

<添付書類>

・合格通知の写し

(あて先)〒520-8577 大津市京町 4-1-1
滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 介護・福祉人材確保係