

【提出先】

鹿児島県社会福祉協議会 福祉人材・研修センター

FAX : 099-250-9363

※送信時、番号のお間違えのないようお気をつけください。
※郵送での提出は受け付けておりません。

【申込期間】：平成 29 年 3 月 1 日（水）～平成 29 年 3 月 31 日（金）

※上記期間外の受付は一切お断りいたします。

別紙 2

介護支援専門員更新研修（実務未経験者向け）受講意向届出票

※この届出票は、平成 29 年度の更新研修受講希望者のみ提出してください。

※該当するものに☑してください。

実務に就いたことがない

実務経験が 3 年未満（平成 29 年 4 月 1 日現在 経験年数 年 ヶ月）

※必ず記入してください。

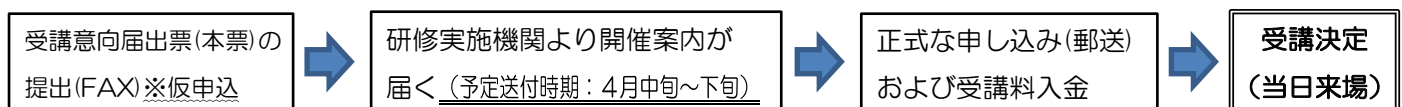
介護支援専門員登録番号(8 桁)	
有効期間満了日	平成 年 月 日

※介護支援専門員登録番号、有効期間満了日が不明な方は、県介護福祉課事業者指導係(TEL:099-286-2687)へ問い合わせのうえ、必ず記入してください。

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (どちらかに☑)
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
自宅住所 ※市町村名からご記入ください	〒 -		
電話番号	() - () - () ※携帯電話をお持ちの方は携帯電話の番号をご記入ください		
勤務先名			
勤務先電話番号	() - () - () (内線：)		
介護支援専門員資格取得時 及び現在の保有資格 ※該当資格等を○で囲んでください	医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 あん摩マッサージ指圧師 はり師 きゅう師 栄養士・管理栄養士 義肢装具士 歯科衛生士 視能訓練士 柔道整復師 精神保健福祉士 社会福祉士 介護福祉士 ヘルパー()級 社会福祉主事 相談援助業務の実務経験年数でケアマネ取得 介護業務の実務経験年数でケアマネ取得		

※登録が他県にある方については、原則登録地での研修を受講することとなります。本県での受講をご希望の場合は、所定の手続きが必要となりますので、県介護福祉課事業者指導係(TEL:099-286-2687)へ問い合わせください。

【申込の流れ】



※この届出票は正式な申し込みではありません。

研修受講意向届出票を提出した方に対し、後日、正式な開催案内をご自宅に郵送します。

上記予定送付時期になっても開催案内が届かない等ご不明な点がございましたら、

鹿児島県社会福祉協議会 福祉人材・研修センター(TEL:099-256-6767)までお問い合わせください。