注）確認用としてコピー（控え）を
取ってからご郵送ください。

様式・社－１

平成３０年度（第２回）

千葉県介護支援専門員　更新研修（実務未経験者対象）受講申請書

平成３０年　　月　　日

千葉県社会福祉協議会長　様

私は、標記研修を受講したいので申請します。

フリガナ									性　別
氏　　名							印		男　・　女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　（　　歳）								
登録番号（８桁）									
有　効　期　限	平成　　年　　月　　日								
今回の更新は、**実務未経験者として**	ア　初めて イ　２回目	←※該当する方に○をつけてください。							
現 住 所	〒								
	電話　（　　）				携帯電話　（　　）				
勤 務 先	名　称					職種			
	所在地	〒							
	電話番号	（　　）							
介護支援専門員受験時の資格 ※該当するものを○で囲んでください。	１．医師　２．歯科医師　３．薬剤師　４．保健師　５．助産師 ６．看護師　７．准看護師　８．理学療法士　９．作業療法士 10．社会福祉士　11．介護福祉士　12．視能訓練士　13．義肢装具士 14．歯科衛生士　15．あん摩マッサージ指圧師　16．はり師・きゅう師 17．柔道整復師　18．栄養士（管理栄養士を含む）　19．精神保健福祉士 20．言語聴覚士　21．その他相談職　22．その他介護職								
特記事項	※身体障害等のため受講時に配慮を希望する等何かあれば具体的に記入してください。								

介護支援専門員証（写）貼付欄

※介護支援専門員証の写しを
必ずのり付けしてください。

確認欄　※記入しないでください↓