

再研修 申込締切日：令和8年4月15日（水）必着

令和8年度 福岡県介護支援専門員 再研修 受講申込書
(介護支援専門員証の有効期間満了日が経過している方) ※福岡県登録以外の方

記入日 年 月 日

注意 この申込書に書かれた情報につきましては研修でのみ使用します。介護支援専門員の登録事項に関する変更は、別途手続きが必要です。
氏名 フリガナ (姓) (名) 介護支援専門員登録番号 (8ケタ)
生年月日 (和暦) 昭和 平成 年 月 日 介護支援専門員証の有効期間満了日 年 月 日
住所 郵便番号 〒 都道府県
自宅TEL 携帯電話番号
現勤務先 事業所番号 所在地 事業所名 TEL

希望する受講パターンの数字(1~3)をOで囲み、別紙日程表をご確認の上、第1希望・第2希望・第3希望にそれぞれ1か所ずつ希望のコースにOをつけてください。

オンライン研修の申込は、電子申請で行ってください。申込書でのオンライン研修への申込みは無効です。

受講パターン コースの選択
再研修 (56時間・9日間)
第1希望 第2希望 第3希望
あ・い う・え・お あ・い う・え・お あ・い う・え・お
☆注意☆
※コースは、必ず第3希望までご記載ください。記載がない場合、こちらでコースを指定いたしますのでご了承ください。
※業務の都合等でやむを得ず第1希望しか受講できない方は、その旨と理由を通信欄にご記入ください。理由の記載がない場合は、こちらでコースを指定いたします。
番号 ① 介護支援専門員として業務につくことが決まっている。 または、業務につく可能性がある(令和 年 月頃)
② 業務に就く予定はない
③ その他の事情があり、受講を希望する(事情を通信欄に記載してください)

【通信欄】 ※身体障がい等により受講時の配慮が必要な方は、必ずその内容を「通信欄」に記入してください。

通信欄

【個人情報について】 申込時に提出された書類の返却はいたしません。個人情報については、個人情報保護関係法令等を遵守し、介護支援専門員専門研修及び名簿登録、修了証明書発行業務以外の目的に使用することはありません。

この受講申込書は必ず控え(コピー)をとり、手元に保管してください。また、不備があった場合等は、申込書を再度ご提出いただきます。今一度ご確認ください。

受付欄(記入不要)
再