

F A X 送信先 (送り状不要)

0 1 7 - 7 3 4 - 8 0 9 0

青森県健康福祉部高齢福祉保険課
介護保険グループ 行

平成 年 月 日

青森県健康福祉部高齢福祉保険課長 殿

平成 2 3 年度青森県介護支援専門員再研修開催通知希望届

私は、次回（平成 2 3 年度）の介護支援専門員再研修開催通知の送付を希望しますので、届け出ます。

介護支援専門員登録番号	※ 8 桁の登録番号をご記入ください。							
	<table border="1"><tr><td>0</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	2					
0	2							
氏 名								
住 所	〒							

※ この届出を提出することで、次回（平成 2 3 年度）の介護支援専門員再研修開催通知が送付されます。