**別紙３**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号（記入不要） | 整理番号（記入不要） |
|  |  |

**令和３年度青森県介護支援専門員再研修受講申込書**

申込日　令和３年　　月　 　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申込者** | **フリガナ** |  |  | **生年月日** | **昭和･平成　　　年　　　月　　　日（　　　　才）** |
| **氏　 名** |  |  |
| **TEL/FAX** | **TEL　　　　（　　　）** | **FAX　　　　（　　　）** |
| **自宅住所** | **〒　　　　－** |
| **メール****アドレス** | **※info@acma2015.or.jp****に空メールしたアドレスをご記入ください（携帯電話のアドレスは不可）** |
| **勤　務　先** | **事業所名** |  |
| **所 在 地** | **〒　　　　－** |
| **TEL/FAX** | **TEL　　　　（　　　）** | **FAX　　　　（　　　）** |
| **介護支援専門員****登録番号（※①）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **所持資格（※②）** |  |
| 　**介護支援専門員として実務に就く予定について、該当する番号を○で囲んでください。**　１　本研修修了後、3カ月以内に介護支援専門員として実務に就く予定２　本研修修了後、１年以内に介護支援専門員として実務に就く予定　３　今後、介護支援専門員として実務に就く予定（時期は未定）４　当分の間、介護支援専門員として実務に就く予定はない |

※　① 登録番号が不明な場合は空欄で提出してください。

② 所持資格については、演習におけるグループ分けの参考とします。（複数記載可）

　　　（記載例：医師、看護師、理学療法士、介護福祉士、社会福祉士、訪問介護員、社会福祉主事など）

再研修受講初日時点で、**介護支援専門員証の有効期間が満了していること**を確認の上、郵送で下記までお申込みください。**令和３年６月１１日（金）必着**

【　申し込み先　】

|  |
| --- |
| 〒０３０－８５７０　青森市長島１丁目１－１　青森県健康福祉部高齢福祉保険課　介護保険グループ　澤田　　TEL　０１７－７３４－９２９８ |