令和７年度介護支援専門員実務研修受講申込書

社会福祉法人とちぎ健康福祉協会理事長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成  年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 自宅住所 | 〒  市区  郡  都道  府県  電話番号　　　　（　　　　）  ※日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。 | | |
| メールアドレス  フリガナ |  | | |
| メールアドレス  ※携帯-スマホ不可 | ＠  ※「a（エー）」、「1（イチ）」、「\_（アンダーバー）」、「-（ハイフン）」、「．（ドット）」**すべてにフリガナ**をつけてください。 | | |
| 勤務先名 |  | | |
| 勤務先住所 | 〒  市区  郡  都道  府県  電話番号　　　　（　　　　） | | |
| 基礎資格  （該当するもの  に○をつける） | ア.薬剤師　 イ.保健師　 ウ.看護師　 エ.准看護師　 オ.理学療法士　カ.作業療法士  キ.社会福祉士　 ク.介護福祉士　 ケ.社会福祉主事　 コ.ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ　 サ.歯科衛生士  シ.栄養士　ス.精神保健福祉士　セ.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 試験合格年度 | 年度（結果通知書の写しを添付してください） | | |

令和７年度介護支援専門員実務研修について、実施要領の内容を理解した上で下記のとおり申込みます。なお、記載した内容は、事実と相違ありません。また、記載した個人情報を指定研修実施機関が「栃木県介護支援専門員資質向上事業実施要綱」に基づき栃木県へ提出することに同意します。

令和７年　　　月　　　日

氏名（自署）