

※提出の際は、お手元に控えを残してください。

提出用

届出様式 再一申

東京都介護支援専門員再研修受講申込書  
平成23年度 第3期

私は東京都介護支援専門員再研修の受講にあたり、募集内容を了解したので、下記のとおり申し込みたいと思います。

平成 年 月 日 氏名 印

1 受講者

フリガナ			生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
氏名	(姓)	(名)	性別	男	・	女	
住所	〒						
<p>※当研修の申込時点で登録内容(住所・氏名)に変更のある方へ →研修申し込みにあたり、東京都(都庁)への変更手続きが必要です。 東京都への変更手続きについて、下記のいずれかにチェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 手続完了( 年 月頃)    <input type="checkbox"/> 手続中(申請日 月 日) → 財回への書類提出も必要です <input type="checkbox"/> 届出様式 再一 <input type="checkbox"/> 住民票等のコピーを添付(東京都提出用資料のコピーで可)</p>							
自宅電話				携帯電話			
連絡先電話 (勤務先等)	勤務先等名称:						
介護支援専門員 登録番号及び証 有効期間満了日							登録都道府県
	平成 年 月 日						

2 現在の職種を下記の中から一つ選択し、番号で記入してください。

<p>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視能訓練士、11義肢装具士、12歯科衛生士、13言語聴覚士、14あん摩マッサージ指圧師、 15はり師・きゅう師、16柔道整復師、17栄養士(管理栄養士)、18社会福祉士、19介護福祉士、 20精神保健福祉士、21その他相談職、22その他介護職、23その他・無職</p>	
--	--

3 受講を希望するコースを第3希望まで記入してください。  
日程につきましては、別紙・募集日程をご参照ください。

第1希望					第2希望					第3希望				
1	2	0		S	1	2	0		S	1	2	0		S

4 今回の研修を希望する理由(もっとも当てはまる理由にひとつだけチェックしてください。)

- 1- 就業、事業所開設、就職活動等するため。(就業予定時期:平成 年 月)
- 2- 仕事の都合のため。(勤務日程を変更し難い、勤務地の異動等)
- 3- 出産、育児の予定があるため。
- 4- その他( )

5 身体の障害等のため受講において配慮を希望する場合は、その内容を記入してください。

- 要(内容: )  不要

