**令和6年度茨城県介護支援専門員実務研修　受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受験番号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 昭和・ 年 　　月　　 日平成 |
| 氏名 |  |
| 現住所 | 〒自宅TEL 　　 ( 　　　 )　　　　携帯TEL 　　 ( 　　　 ) |
| 現在の就業状況 | 下記の□にチェックを入れてください。□介護・福祉関連に就業している□介護・福祉関連以外に就業している□就業はしていない |
| 勤務先名 | 施設・事業所名 |
| 勤務先所在地 | 〒TEL 　 ( 　　 ) |
| 現職種 |  | 国家資格等 |  |
| 希望班（第1） |  | 希望班（第2） |  |
| ※メールアドレスを登録しましたか？登録した場合は、右欄にチェックを入れてください。 | チェック欄 |
| 配慮が必要なことがあればご記入ください。 | ※ここに「振替払込請求書兼受領書」または「現金自動預け払い機（ＡＴＭ）ご利用明細書」（コピー可）を貼付してください。 |