

## 令和5年度 主任ケアマネジャー医療介護連携研修受講申込書

令和5年度 主任ケアマネジャー医療介護連携研修を受講したいので申込みます。

申込日 令和5年 月 日

※受付番号				※研修主催者が記載します。
※受講番号				※ 令和5年8月1日現在でご記入ください。
フリガナ 氏名		生年月日	(西暦 年) 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
ご自宅住所	〒 -			
	連絡先電話番号 ( - - )			
介護支援専門員番号 (8桁の番号)				
介護支援専門員としての実務経験歴(兼務含)		年 月		
主任介護支援専門員としての実務経験歴(兼務含)		年 月		
介護支援専門員としての基礎資格 (該当に○、あるいはその他にご記入下さい)		薬剤師・保健師・看護師・准看護師・ 精神保健福祉士・社会福祉士・介護福祉士 その他 ( )		
現在の 勤務先	フリガナ 名称			
	住所	〒 -		
	TEL			
事業所所在地の保険者 (該当する地域(保険者) に☑つけてください)		<input type="checkbox"/> 富山市 <input type="checkbox"/> 高岡市 <input type="checkbox"/> 魚津市 <input type="checkbox"/> 氷見市 <input type="checkbox"/> 滑川市 <input type="checkbox"/> 射水市 <input type="checkbox"/> 中新川組合 <input type="checkbox"/> 砺波組合 <input type="checkbox"/> 新川組合		