

## 平成23年度 京都市ケアプラン研修 受講申込書

※記入欄の該当するものを○で囲み、空欄には○を書き入れてください。

研修日程			記入欄	
全体研修			全日	
			午前	午後
介護予防	初級	10月24日(月)		
	中級	11月1日(火)	第一希望	第二希望
		11月17日(木)	第一希望	第二希望
居宅	初級	10月27日(木)		
	中級	11月12日(土)	第一希望	第二希望
		11月24日(木)	第一希望	第二希望
施設	12月5日(月)			
地域密着	12月6日(火)			

※ご記入ください。

ふりがな	
申込者氏名	
所属事業所名	※介護保険上の事業種別をご記入下さい。例) 小規模多機能型介護支援等 事業種別 ( )
事業所所在地	〒 _____
事業所電話番号	
事業所FAX番号	
介護支援専門員の資格	有 ・ 無
ケアプラン作成経験	有 ・ 無 ※有の方はその経験年数 ( ) 年 ※介護支援専門員番号 (8桁) _____