

平成29年度ケアマネジャー試験 受験対策講座・模擬試験

申込書 兼 受講決定通知書

※申込みする区分に○印を記入ください		受講料
<input type="checkbox"/>	① 講座と模擬試験の両方を申込みます	16,000円
<input type="checkbox"/>	② 講座のみを申込みます	12,000円
<input type="checkbox"/>	③ 模擬試験のみを申込みます	7,000円

※3日目・4日目の攻玉倶楽部レストランにて昼食(600円)を希望される方は、○印を記入ください

<input type="checkbox"/>	3日目：8月5日(土) レストランでの昼食を希望します
<input type="checkbox"/>	4日目：8月6日(日) レストランでの昼食を希望します

フリガナ			
氏名			
所属機関			
受講決定通知書 ・振込用紙 及び 模試個人成績表 送付先	住所	〒 _____	送付先 自宅・所属機関
連絡先 (必ず記入)	TEL: _____ (個人・所属機関)		
※受講資格の確認 右記のいずれかの 要件を満たす者	※該当する受験資格番号に○印を記入してください		
	1. 法定資格保有者(資格名: _____)		
	2. 生活相談員	4. 相談支援専門員	
	3. 支援相談員	5. 主任相談支援員	
	6. 経過措置者: 従来の「相談援助業務」や「介護等業務」での実務経験者		

※記載された個人情報は、本講座の管理運営の目的以外には使用いたしません。

**FAX申込先： 特定非営利活動法人 大分県介護支援専門員協会**

**FAX：097-504-7501**

----- 受講決定通知書(事務局記入欄) -----

「平成29年度ケアマネジャー試験受験対策講座」受講、「模擬試験」受験の申込みを受付した  
ことをご通知いたします。受講当日、**本用紙を受付で提示**ください。

特定非営利活動法人 大分県介護支援専門員協会

受付番号 \_\_\_\_\_