

平成 28 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○印を記入してください		受講料
	1. 講座と模擬試験の両方を申込みます	16,000円
	2. 講座のみを申込みます	12,000円
	3. 模擬試験のみを申込みます	7,000円

※1日目・2日目の攻玉寮レストランにて昼食(600円)を希望される方は、○印を記入してください

	1日目：7月 9日(土) レストランでの昼食を希望します
	2日目：7月10日(日) レストランでの昼食を希望します

フリガナ		
氏名		
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	〒 _____
	勤務先	(送付先が勤務先の場合のみ記入)
連絡先	TEL : _____ (必ず記入してください)	
※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28年度ケアマネジャー試験受験対策講座」の受講、「模擬試験」の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、**本用紙を受付でご提示**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 _____