

(様式1)

平成30年度主任介護支援専門員更新研修 受講申込書

記入日：平成 年 月 日

ふりがな		会場〔該当を○で囲む〕
氏名		松江 ・ 浜田
		生年月日
		昭和 平成 年 月 日生
介護支援専門員 登録番号 ※8桁		介護支援専門員証の有効期間満了日
		(満了日) 平成 年 月 日
登録都道府県 〔該当を○で囲む〕	1 島根県 2 島根県以外 ()	主任介護支援専門員研修の修了年度・修了日
		(修了年度) 年度
		(修了日) 平成 年 月 日
現住所等 (受講決定通知送付先)	〒	
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他 () ※いずれかにチェック TEL ()	
緊急連絡FAX送付先	FAX ()	
勤務先	法人名	
	事業所名	
	介護保険事業番号	※勤務先が介護保険事業所の場合は必ずご記入ください
	所在地等	〒 TEL FAX
保有資格 〔該当を○で囲む〕	社会福祉士 ・ 介護福祉士 ・ 看護師(准看護師) ・ 介護員 ・ その他 ()	

<提出書類>

(下記該当欄にチェックをしてください)

全員が提出する書類	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の写し
	<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員研修の修了証書の写し
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専門研修兼更新研修【専門研修課程Ⅰ】及び【専門研修課程Ⅱ】の修了証書の写し
介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者	<input type="checkbox"/> 講師等実績報告書
地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年4回以上参加した者	<input type="checkbox"/> 研修実施機関が交付する研修修了証明書の写し
日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者	<input type="checkbox"/> 該当する研究大会で演題発表等を行ったことが分かるもの
日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 有効期間内の「認定証」の写し

※ 保有資格等は、グループワークの班編成の際に必要なとなりますので、該当する項目を○で囲んでください。
※ この申込書に記載された個人情報、本研修及び名簿登録以外の目的には使用しません。