

平成30年度 介護支援専門員専門研修兼更新研修(実務経験者)  
【専門研修課程Ⅱ】 受講申込書

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日
受講会場 [該当するところを○で囲む]	松江 ・ 浜田	介護支援専門員 証の有効満了日	平成	年 月 日
登録番号 [8桁]		登録都道府県 [該当を○で囲む]	島根県	島根県以外 ( )
証の更新の有無 (いずれかに○印) 及び実務従事期間	1. 専門員証の更新をしたことがある。 ⇒前回更新以後の実務従事期間 年 月 日 ⇒介護支援専門員経験年数 年 月 日 2. 専門員証の更新をしたことはない。(前回再研修を受講された方もこちら) ⇒実務従事期間 年 月 日			
前回 研修の 更新 終了に 状 係 わ る	修了した研修を ○で囲み、修了 年度を記載し、修 了証のコピーを 添付してくださ い。	1. 介護支援専門員専門研修・更新研修(実務経験者)【専門研修課程Ⅰ】 (平成 年度) 2. 介護支援専門員専門研修・更新研修(実務経験者)【専門研修課程Ⅱ】 (平成 年度) 3. 介護支援専門員更新研修(実務未経験者) (平成 年度) 4. 介護支援専門員再研修 (平成 年度)		
	※上記3, 4に○をされた方、初めて介護支援専門員証の更新の方は、現在の有効期間中に専門研修・更新研修【専門研修 課程Ⅰ】を受講している必要があります。該当の場合は以下についても記載をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 受講した(平成 年度終了) ※修了証のコピーを添付してください。 <input type="checkbox"/> 受講中			
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 ( ) -			
現住所 (文書郵送先)	〒			
現 勤 務 先	法人名			
	事業所名			
	介護保険事業所番号	※現在「介護保険指定事業所」に勤務されている方は、必ずご記入ください。		
	事業所種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他( )		
事業所所在地等	〒			
	TEL ( ) - FAX( ) -			
基礎資格 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 医師、歯科医師 <input type="checkbox"/> 保健師、助産師、(准)看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 相談援助または介護等の業務に従事する者 <input type="checkbox"/> その他( )			
実務経験証明	上記の者は、新たに介護支援専門員証の交付を受けた後または更新後の有効期間中に介護支 援専門員として実務に従事していることを証明します。 ※要押印(事業所代表者) 平成30年 月 日 従事事業所名 代表者氏名 <span style="float: right;">印</span>			

※介護支援専門員証のコピーを必ず添付してください。  
 ※この申込書に記入された個人情報、本研修及び名簿登録以外の目的に使用しません。