

令和2年度主任介護支援専門員更新研修 受講申込書

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		生年月日
氏名		昭和 平成 年 月 日生
性別	会場〔該当を○で囲む〕	介護支援専門員登録番号※8桁
男・女	松江・浜田	
登録都道府県 〔該当を○で囲む〕	1 島根県 2 島根県以外 ()	介護支援専門員証の有効満了日 平成 年 月 日
主任介護支援専門員に係る研修の受講状況	<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員研修 (修了年度) 年度 (修了日) 平成 年 月 日	※直近で受講された主任介護支援専門員に係る研修のいずれかにチェックし、該当する研修の修了年度及び修了日を記載してください。修了証の写しの添付もお願いします。
文書郵送先住所 (受講決定通知等)	〒	
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 ※いずれかにチェック TEL () -	
緊急連絡FAX送付先	FAX () -	
法人名		
事業所名		
介護保険事業番号(10桁)	※勤務先が介護保険事業所の場合は必ずご記入ください	
勤務先 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"/> 通所介護支援 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <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"/> 居宅介護支援事業 <input type="checkbox"/> その他()	
所在地等	〒 TEL FAX	
保有資格 〔該当を○で囲む〕	1、医師等 2、看護師 3、理学療法士・作業療法士 4、社会福祉士 5、介護福祉士 6、管理栄養士 7、相談援助に従事する者 8、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"/> <u>主任介護支援専門員に係る研修</u> の修了証の写し (主任介護支援専門員研修 又は 主任介護支援専門員更新研修)
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(様式2)
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