

令和 6 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 I】 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 日生
受講会場 (該当を○で囲む)	出雲	浜田	介護支援専門員 経験年数(通算)注	年 月 [研修初日現在]	
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 ()
介護支援専門員証の 有効期間満了日	平成・令和 年 月 日				
緊急連絡先	<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	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 ※いずれかにチェック FAX () -				
文書郵送先住所 (受講決定・テキスト等)	〒				
現 勤 務 先	法人名				
	事業所名				
	介護保険事業所 番号 (10桁)		電話番号		
	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"/> 通所介護支援 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	所在地等		〒		
基礎資格 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 医師等 <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"/> 管理栄養士 <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。 令和 年 月 日 従事事業所名 代表者氏名				

※介護支援専門員証のコピーを必ず添付して下さい。

※この申込書に記載された個人情報は、本研修及び名簿登録以外の目的には使用しません。

※資格失効した期間が1日以上ある場合、失効前の経験年数を通算することはできません。