

更新 研修課程 I【56時間】

「平成28年度介護支援専門員更新研修 課程 I」受講申込書

1. 申込者(受講希望者) 次の項目にご記入ください。				記入日	平成	年	月	日
申込者	フリガナ			生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名							
	旧姓	※登録時より氏名が変更した方のみ記入		携帯電話番号				
	住所	〒 ー						
	介護支援専門員登録番号				有効期間満了日		登録都道府県	
				平成		年	月	日
				*必ず介護支援専門員証の写しを添付してください。				
現勤務先	事業所名							
	所在地	〒 ー						
	電話/FAX	電話	()	FAX	()			
基礎資格 (該当するものに○印をしてください。)	1 医師、歯科医師 2 薬剤師 3 保健師、助産師、(准)看護師 4 理学療法士、作業療法士 5 社会福祉士 6 介護福祉士 7 相談援助または介護等の業務に従事する者 8 その他()							
2-① 実務経験総年数	年		ヶ月	2-③ 介護支援専門員として実務従事状況 (該当するものに○印をしてください。)				
2-② 現介護支援専門員証有効期間内(5年間)の実務経験年数	年		ヶ月	現在、実務に従事している ・ 現在、実務に従事していない				
2-④ 現介護支援専門員証有効期間内(5年間)の介護支援専門員として従事した職歴 (※起算日は、介護支援専門員証の有効期間満了日から5年前の日)								
勤務期間(2-②)				介護保険事業所・施設名(2-④)				
例:平成●●年●月～平成●●年●月				例:介護支援事業所●●				
計 年 月(2-②)								

申込締め切り日:4月28日(木) ※申込みは①受講申込書②介護支援専門員証の写しを郵送してください。

更新研修 課程Ⅱ【32時間】

「平成28年度介護支援専門員更新研修 課程Ⅱ」受講申込書

1. 申込者(受講希望者) 次の項目にご記入ください。				記入日	平成	年	月	日
申込者	フリガナ			生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名							
	旧姓	※登録時より氏名が変更した方のみ記入		携帯電話番号				
	住所	〒 —						
介護支援専門員登録番号					有効期間満了日		登録都道府県	
				平成		年	月	日
						<input type="checkbox"/> 大分 <input type="checkbox"/> その他()		
現勤務先	事業所名							
	所在地	〒 —						
	電話/FAX	電話	()	FAX	()			
基礎資格 (該当するものに○印をしてください。)	1 医師、歯科医師 2 薬剤師 3 保健師、助産師、(准)看護師 4 理学療法士、作業療法士 5 社会福祉士 6 介護福祉士 7 相談援助または介護等の業務に従事する者 8 その他()							

2-① 実務経験総年数	年	ヶ月	2-② 主任介護支援専門員の有無	有・無
2-③ 介護支援専門員として実務従事状況 該当するものに○印をしてください。			現在、実務に従事している ・ 現在、実務に従事していない	
2-④ 現介護支援専門員証有効 期間内(5年間)の実務経験年数	年	ヶ月		
2-⑤ 現介護支援専門員証有効期間内(5年間)の介護支援専門員として従事した職歴 (※起算日は、介護支援専門員証の有効期間満了日から5年前の日)				
勤務期間(2-④)		介護保険事業所・施設名(2-⑤)		
例:平成●●年●月～平成●●年●月		例:介護支援事業所●●		
計		年	月	(2-④)

3. 希望する受講組を選択し、第1希望欄・第2希望欄にそれぞれ「組」(1組または2組)を記入してください。
また、どの日程でも可能な方は「組希望なし」欄に「○」を記入してください(詳細は別紙日程を参考にしてください)。

第1希望欄	第2希望欄	組希望なし	注意:受講定員の関係で、ご希望に添えない場合があります。	備考欄:

申込締め切り日:4月28日(木) ※申込みは①受講申込書②介護支援専門員証の写しを郵送してください。