

# 専門 研修課程 I 【56時間】

【介護支援専門員証の有効期間満了日が平成32年(2020年)1月1日以降の方】

## 「平成30年度介護支援専門員専門研修 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								自宅電話番号	
	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	*必ず介護支援専門員証の写しを添付してください。				有効期間満了日	平成		年	月
							登録都道府県		<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 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
2-③ 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●日～平成●●年●月●日			例:介護支援事業所●●		
計			年		
月(2-②)					

3. 第1希望欄・第2希望欄それぞれ希望する組に「○」を記入してください。  
組の希望がない方は「組希望なし」欄に「○」を記入してください。 ※ 別紙「研修日程」参照

第1希望	第2希望	組希望なし	※申込者数が少ない場合、2組を開催せず、1組のみの開催となる可能性があります。また、受講定員の関係で、ご希望に添えない場合があることをご了承ください。	備考欄:
1組・2組	1組・2組			

平成30年度 介護支援専門員専門研修 課程 I の受講対象者を上記のとおり申込みます。  
また、上記の受講対象者は当介護保険事業所において現に介護支援専門員として従事していることを証明します。

平成30年 月 日

社会福祉法人 大分県社会福祉協議会会長 殿 (事業所名)

(管理者)

印

申込締切日:4月27日(金) ※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。

**専門 研修課程Ⅱ 【32時間】**

【介護支援専門員証の有効期間満了日が平成32年(2020年)1月1日以降の方】

「平成30年度介護支援専門員専門研修 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	年	月				
	氏名			平成	年	月	日			
	旧姓	※登録時より氏名が変更した方のみ記入	自宅電話番号							
	住所	〒	携帯電話番号							
	介護支援専門員登録番号	*必ず介護支援専門員証の写しを添付してください。				有効期間満了日	登録都道府県			
事業所名						平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 大分
所在地	〒						<input type="checkbox"/> その他( )			
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)	2-⑤ 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
勤務期間(2-⑤)	介護保険事業所・施設名(2-④)				
例:平成●●年●月●日～平成●●年●月●日	例:介護支援事業所●●				
計	年		月(2-⑤)		

3. 第1希望欄・第2希望・第3希望欄それぞれ希望する組に「○」を記入してください。  
組の希望がない方は「組希望なし」欄に「○」を記入してください。 ※別紙「研修日程」参照  
また、県ケアマネ協会へ「主任ケアマネ更新研修」の申込みをされる方は、「主任更新研修併願申込中」欄に「○」を記入してください。

第1希望	第2希望	第3希望	組希望なし	主任更新研修 併願申込中	※申込者数が少ない場合、5組を開催せず、1～4組のみの開催となる可能性があります。また、受講定員の関係で、ご希望に添えない場合があることをご了承ください。
1組・2組・3組・4組・5組	1組・2組・3組・4組・5組	1組・2組・3組・4組・5組		※ケアマネ協会へ別途申込み必要	

平成30年度 介護支援専門員専門研修 課程Ⅱの受講対象者を上記のとおり申込みます。  
また、上記の受講対象者は当介護保険事業所において現に介護支援専門員として従事していることを証明します。  
平成30年 月 日  
社会福祉法人 大分県社会福祉協議会会長 殿 (事業所名)  
(管理者) 印

申込締切日:4月27日(金) ※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。