

令和2年度 介護支援専門員 **専門研修課程 I ・実務経験者に対する更新研修(専門 I と同内容)**

受講申込書 (神奈川県社協主催分)

1. 申込者(受講希望者本人)の氏名等をご記入ください。

申 込 者	フリガナ		性別		生年月日	昭和 ・ 平成		
	氏 名		男・女			年 月 日生		
	日中の連絡先	① — — (自宅)	② — — (携帯電話)	※①・②で繋がらない場合勤務先に連絡する事があります。				
	住 所	〒 —						
	メールアドレス							
	介護支援専門員登録番号							
	登録都道府県	神奈川県			有効期間満了日	年 月 日		
勤 務 先	事業所名							
	所在地	〒 —						
	電話番号							
	事業所番号	1	4					

担当業務 居宅介護支援事業所 包括 小規模多機能 サ高住 グループホーム  
施設(特養・老健・有料老人ホーム・療養型医療施設) その他 ( )

本事業所でケアマネとして勤務している。  はい  いいえ

申し込み時点でのケアマネとしての実務経験年数 年 月

2. 平成18年度から実施されている研修で受講したことがある全ての修了年月日・研修機関をご記入ください。

※更新のためには「専門課程II(更新32時間)」の研修受講が必要です。

再研修	年度	月	日	研修機関名
実務未経験更新研修	年度	月	日	研修機関名
専門研修課程 I 又は同内容の更新研修	年度	月	日	研修機関名
専門研修課程 II 又は同内容の更新研修 (受講予定・受講中の研修も記入)	年度	月	日	研修機関名

3. 介護支援専門員実務研修受講試験(ケアマネ試験)を受験した時の資格要件に○をつけてください。(複数可)

- 1 医師・2 歯科医師・3 薬剤師・4 保健師・5 助産師・6 看護師・7 准看護師・8 理学療法士・9 作業療法士・10 あん摩マッサージ指圧師・11 はり師・12 きゅう師・13 栄養士(含管理栄養士)・14 義肢装具士・15 言語聴覚士・16 歯科衛生士・17 視能訓練士・18 柔道整復士・19 社会福祉士・20 介護福祉士・21 精神保健福祉士・22 相談業務従事者・23 介護業務従事者

4. 障害・疾病等のために配慮を希望される方はご記入ください。 5. 提出書類の確認 (口にレをつけてください)

<input type="checkbox"/> 申込用紙A-① <input type="checkbox"/> 前回の更新時の研修修了証明書(写)(該当者のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 申込用紙B-①(本紙) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(写)
--

個人情報について：神奈川県介護支援専門員専門・更新研修の「受講申込書」等各種添付書類に記載された個人情報については適正に管理を行い、当該研修及び修了証明書交付業務の他、研修受講決定の調整に必要な場合は、神奈川県指定の研修実施機関に受講申込者情報の一部を提供することもあります。また、本研修修了後には修了者名簿に記載し神奈川県に報告いたします。